Rok XXVII. Kraków, 28 Stycznia 1888. Nr. 4.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórorzędném rdzenia pacierzowego.

Na podstawie własnych badań

Skreślił

Prof. Adamkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Przypadek był następujący: Wyrobnik Józef G., lat 33, wpadł 28 czerwca 1882 do studni kilka sążni głębokiéj. Jeszcze tego samego dnia stwierdzono porażenie odnóg dolnych, kiszki stolcowéj i pęcherza moczowego, stos kręgowy w dolnéj części piersiowéj bardzo bolesny, czucie w odnogach dolnych zniesione. Dnia 26 lipca nastąpiła śmierć, a sekcyja wykazała złamanie górnych kręgów lędźwiowych ze zgnieceniem części lędźwiowéj rdzenia, błonicowe zapalenie pęcherza i zapalenie nerek i miedniczek nerkowych. Sznury Golla były zwyrodniałe.

Podczas gdy nerwy w powyżéj opisany sposób przedstawiają w właściwém słowa tego znaczeniu pstry zbiór rozmaitych zmian, na neuroglii nie można jeszcze nic nieprawidłowego wykazać. Jądra jéj liczbą i postacią odpowiadają jądrom tkanki zdrowéj. A jeżeli się nawet zdaje, że w zwyrodniałéj tkance ściany neuroglii są szersze a zmienione przekroje nerwów oddzielone od siebie za nadto wielkiemi przestrzeniami, to jednak przyczyna zjawiska tego leży po większéj części w wybitnéj bladości wielu chorych nerwów, w znacznym zaniku istoty rdzennéj a przedewszystkiém w braku wybitnego kontrastu barw, jedném słowem jest rodzajem optycznego złudzenia.

W każdym razie nie ulega kwestyi, że w tych okresach wtórorzędnego zwyrodnienia, w których zmiany neuroglii nie są jeszcze widoczne, nerwy same okazują już daleko posunięty stopień przemiany wstecznéj. Nie podlega zatém żadnéj wątpliwości, że zwyrodnienie wtórorzędne rozpoczyna się w nerwach. A chociaż i ten fakt nie jest nowym, to dostarcza nam safranina nowych dowodów. Pokazuje nam, jak różnorakiego rodzaju zmiany towarzyszą zanikowi nerwów, zmiany, które według podanego opisu podzielić można na dwa rodzaje, mianowicie żylakowate i zwykłe zanikowe. Wykazuje daléj niezależność rodzajów i okresów zwyrodnienia, zajmującego nerwy jednego i tego samego obszaru. Co się późniéj, t. j. po zachorowaniu nerwów przy wtórorzędném zwyrodnieniu dzieje, o tém dowiadujemy się z drugiego przypadku, mianowicie zwyrodnienia zstępującego.

Stósownie do wyżéj opisanych wyników krótkiego barwienia można było wnosić, że w tym przypadku lewe drogi piramidalne w wysokim stopniu musiały być zwyrodniałe, ponieważ z wyjątkiem pojedynczo rozsianych punktów (żylakowatych, jak wykazało większe powiększenie nerwów) żadnéj innéj czerwono się barwiącéj istoty nie posiadały. Podwójne barwienie wykazało, że na miejscu téj istoty wytworzyła się inna tkanka obojętna. Te same drogi lewéj piramidy i lewéj połowy przedniego białego spoidła, które przy krótkiém barwieniu pozostają niezabarwione, zabarwiły się teraz jasno i wyraźnie fijoletowo, tak samo jak istota szara i przegrody neuroglii. Przy silniejszém powiększeniu pokazuje się także, że w porównaniu z tkanką prawidłową zwyrodniała tkanina stała się ubogą w nerwy a bogatą w jądra. Na miejscu delikatnéj siateczki neuroglii powstała gruba i gęsta, przy silniejszém działaniu safraniny fijoletowo barwiąca się tkanka. Względne bogactwo w jądra i szerokość jéj oczek dowodzi, że na miejscu nerwów wytworzyły się w niéj nowe składniki. A że tu i tam w choréj tkance spotykamy już to większe już to mniejsze otwory, musimy sobie wyobrazić, że są to miejsca, z których nerwy w skutek zupełnego zaniku wypadły, a gdzie tych otworów nie można widzieć, tam już neuroglija zapełniła je z początku przez skurczenie się, późniéj przez rozrost. Na cięciach podłużnych

tkanki chorej widzimy podobnie jak na podłużnych przekrojach śródmiąższowego zaniku rdzenia wśród tkanki prawidłowej obok siebie regularnie i falisto przebiegające pasma włókien nerwowych, wśród których tu i owdzie leżą odłamki nerwów najczęściej takich, w których istota rdzenna zanikła. Po rozstrzępieniu tej tkanki pasmo tworzącej wychodzą na jaw jako jej składniki płaskie eliptyczne komórki z wielkiemi jądrami i długiemi silnie połyskującemi nitkami, krótko mówiąc, tak samo jak w tkance uwiądowej, zwykłe składniki neuroglii. Wolnych włókien osiowych, co z naciskiem podnoszę, w zwyrodniałej tkance nie napotyka się. Brak ten, jak później zobaczymy, odróżnia zwyrodnienie wtórorzędne od innych przewlekłych spraw polegających na zwyrodnieniu rdzenia i wykazuje, że włókno osiowe ulega w zwyrodnieniu wtórorzędnem zupełnej zagładzie. Według wyników barwienia safraniną możemy zwyrodnienie wtórorzędne uważać także za chorobę rdzenia do systemów się ograniczającą, która rozpoczyna się w nerwach i wśród której, gdy sprawa chorobowa w nerwach daleko się posunęła, neroglija wtórorzędnie się zmienia wypełniając skurczeniem się i bujaniem otwory przez wypadnięcie nerwów powstałe.

Co się tyczy przyrody pierwotnego schorzenia nerwów, metoda safraninowa uzupełniła dotychczas znane fakty w kilku punktach. Włókna osiowe nie są wyłącznie, jak Homén podaje, pierwotną siedzibą choroby. Dzisiaj wiemy raczej, że choroba nerwów w szczegółach wiele przedstawia rozmaitości, w całości jednak podwójnej ulega przemianie: warykozie i zwykłemu zanikowi, i że pojedyncze nerwy w zajętych systemach giną zupełnie od siebie nie zależnie, tak, że w każdym okresie wtórorzędnego zwyrodnienia napotykamy najrozmaitsze okresy zmian.

Wyniki anatomiczne i objawy kliniczne.

Z wyników anatomicznych zasługuje na wzmiankę jedno spostrzeżenie, bardzo jasno występujące w opisanym przypadku zwyrodnienia zstępującego, mianowicie spostrzeżenie, że w zwyrodnieniu tem równocześnie z drogami piramidalnemi ulega także zwyrodnieniu jedna część przedniego białego spoidła. Jestto mianowicie część leżąca po przeciwnej stronie chorych przednich dróg piramidalnych, a po tej samej stronie piramidalnych bocznych. Wynika z tego, że nerwy przedniego białego spoidła należą do systemu dróg piramidalnych i że każdy sznur piramidalny przedni jest połączony z komórkami zwojowemi rogów przednich przeciwnej strony. Słusznie zatem przypuszczał Gerlach związek między sznurami a rogami przedniemi przeciwnej strony za pomocą włókien spoidła.

Pod względem klinicznym nasuwa się pytanie, jakie są przyczyny i następstwa zwyrodnienia wtórorzędnego. Do pierwszych zaliczamy urazy przerywające związek pomiędzy drogami nerwowemi a ich ośrodkami. Jak wyżej wspomniano i jak o tem doświadczenie uczy, leżą ośrodki sznurów Golla w dolnych częściach rdzenia, dróg zaś piramidalnych w korze mózgowej. Obydwa tu opisane rdzenie zgadzają się z tem doświadczeniem. W jednym bowiem z nich zwyrodnienie wstępujące powstało w skutek urazu rdzenia. W drugim zaś krwotok w lewej półkuli mózgowej przerwał prawdopodobnie drogi w *capsula interna* i w ten sposób dał powód do wytworzenia zwyrodnienia zstępującego. Zwyrodnienie wtórorzędne, jakkolwiek sprowadza nawet dosyć znaczne zniszczenie w rdzeniu, nie ma właściwych sobie objawów. Nie znamy dotychczas zaburzeń, któreby wywoływały schorzenie sznurów Golla. Trzeba także to uwzględnić, że zbiór objawów przy zaniku rdzenia nie stoi w żadnym stosunku do zwyrodnienia sznurów Golla. Sznury te są wprawdzie siedzibą choroby w *tabes* i to nawet bardzo często, nie mają jednak, o ile wiemy, żadnego wpływu na objawy w tej chorobie spostrzegane.

Co do zwyrodnienia zstępującego to twierdzą, że wywołuje ono napięcie w ścięgnach, sprowadzające wystąpienie objawów kolanowych i drżenia stóp. O ile prawdą jest, że histologiczne zniszczenie tkanki nerwowej, zwyrodnieniu wtórorzędnemu właściwe, może być o sprowadzenie tych objawów obwiniane, o tyle jednak z drugiej strony hołduje się rzeczy wcale niedowiedzionej.

Nie ulega dzisiaj żadnej wątpliwości, że wtórorzędne zwyrodnienie dróg piramidalnych w tym samym stoi stosunku do wygórowanego napięcia zajętego układu mięśniowego, jak do motorycznego osłabienia, względnie porażenia samego. A przecież nikt nie zechce twierdzić, że potrzeba zwyrodnienia wtórorzędnego do wywołania porażeń.

Podobnie jak proste przerwanie dróg piramidalnych wystarcza, aby poniżej przerwania zrobić mięśnie niezależnemi od woli, tak samo wystarcza prosta przerwa do wprawienia układu mięśniowego w podwyższone napięcie. Dowodów na to dostarczają tak spostrzeżenia kliniczne jak i doświadczenie. Objawy spastyczne kolanowe a nawet skurcze występują pierwsze regularnie, ostatnie często, w bezpośredniem następstwie po udarach, uszkodzeniach rdzenia i zapaleniach tegoż. Doświadczalnie zaś udało mi się wywołać podwyższone odruchy ścięgniste, a nawet kontraktury, przez zwykły ucisk na sfery motoryczne, jak również usunąć je przez usunięcie tegoż ucisku na korę mózgową działającego. Jest więc klinicznie i doświadczalnie wykazanem, że skurcz i kontraktury nie zależą od anatomicznych zmian w tkance rdzeniowej. Stopień ucisku mózgowego, potrzebny do wywołania objawów spastycznych, musi być zawsze taki, aby wystarczył do porażenia ośrodków ruchowych w korze mózgowej, t. j. aby przeszkodził możności przenoszenia się pobudki woli na drogi piramidalne. Udary też, zranienia rdzenia i zapalenia tegoż sprowadzają wtedy tylko skurcz i kontraktury, gdy są równocześnie z porażeniami połączone, t. j. gdy przerywają na jakiémś miejscu drogi piramidalne. Skurcz zatem i kontraktury stoją w związku przyczynowym z porażeniami dróg piramidalnych. A jeżeli wywołują one rzeczywiście skurcz i kontraktury, to czynność prawidłowa tych dróg powinna je poskramiać. Skurcz i kontraktury są zatem wynikiem antagonizmu między nerwami napięcie wzbudzającemi a drogami piramidalnemi napięcie to tamującemi. A że w zaniku rdzenia mamy właśnie do czynienia z przewagą czynności woli i utratą prawidłowego napięcia mięśni a ta ostatnia ma swą przyczynę w zwyrodnieniu sznurów Burdacha, to możemy stanowczo uważać skurcz i wcześnie występujące kontraktury za wynik patologicznie wzmożonej, od wpływu narządów hamujących zwolnionej, czynności nerwów w sznurach Burdacha przebiegających i wywołujących napięcie mięśniowe. Tylko wtedy, gdy mięśnie przez długi czas znajdują się w stanie porażenia, zanika w nich w skutek bezczynności istota kurczliwa i zostaje zastąpiona zwykłą tkanką łączną. Ta dopiero przez skurczenie się sprowadza zniekształtnienia wyrównać się niedające.

Na poparcie teoryi wyżej wymienionej przytoczymy jeszcze w następnej pracy wybitniejsze dowody. Nie mało za nią przemawia ta okoliczność, że, jak teraz wiemy, sznury Golla i Burdacha posiadają własności motoryczne. Po przecięciu bowiem tylnych korzeni wyrodnieją sznury Golla i Burda-

cha po stronie operowanéj. Gdyby w tych sznurach przebiegały nerwy czucia, powinny one uledz zwyrodnieniu po stronie operacyi przeciwnéj; bo wiemy z doświadczeń Brown-Séquarda, że nerwy czucia z korzeni tylnych dostają się do rdzenia i w nim przechodzą na drugą stronę.

Systemy mogą w pewnych warunkach także pierwotnie zachorować a przypadki takie są w stósunku do liczby przypadków zwyrodnienia wtórorzędnego systemów bardzo rzadkie. Najwięcéj znane jeszcze jest pierwotne zwyrodnienie dróg piramidalnych, t. z. *Sclerosis later. symmetr.*, choroba, którą najpierw opisał Türck w 1856, a w dziewięć lat późniéj Charcot. Gdy jednak ściślejsze badanie anatomiczne odpowiednich przypadków mianowicie także przypadki, które sam opisałem w chorobie téj wskazują zwyrodnienia, nie ściśle do dróg piramidalnych ograniczające się, lecz granicę dróg piramidalnych przekraczające, przeto według mego zdania nie można zaliczyć chorób tych do czystych chorób systematycznych, lecz do grupy innych, dla których właśnie przekraczanie takie zwyrodnienia systemów jest charakterystyczne i o których będzie mowa w dalszéj części téj pracy.

II. Kilka słów o wynicowaniu macicy i przypadek wyleczenia go.

Podał
Dr. Władysław Bylicki,
b. asystent kliniki ginekolog.-położniczéj prof. Madurowicza, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Ciąg dalszy i dokończenie. Patrz Nr. 2).

Nie ma zboczenia, w któremby warunki indywidualne tak były różnorodne jak tu. Trudności téż odprowadzenia są przyczyną, że sposoby podawane celem odnicowania są liczne, a w przypadkach trudnych potrzeba czasem próbować wszystkich, pamiętając o tém, że przy obopólnéj cierpliwości może się udać odnicowanie, nawet wówczas, gdy o tém zupełnie zwątpiono. Kiwisch i Nögerrath zalecają rozpocząć odnicowanie nie od dna lecz od okolicy ujścia macicznego trąbki jednéj najprzód, a następnie drugiéj. Emmet poleca wpychanie dna z równoczesnem rozszerzeniem szyi w ten sposób, że całą rękę wsuwamy w pochwę i ujmujemy macicę w dłoń a końce palców rozstawiamy kolisto w rynience szyi i w czasie podnoszenia dłonią dna rozszerzamy równocześnie palcami szyję, a gdy dno znajdzie się ponad ujściem wpychają je palce wyżéj, podczas gdy druga ręka od samego początku przez powłoki brzuszne spycha szyję ku dołowi. Sposób ten rzadko daje się zastósować w przypadkach, gdy obrzęk jest dużym a obrączka szyi podatną. Jeżeli dno macicy nie daje się odnicować, to utrzymuje je Emmet ponad ujściem, zaciskając takowe szwem drutowym. Pate w Cincinnati poleca spychanie szyi dwoma palcami jednéj ręki przez odbytnicę a palcem drugiéj ręki przez pęcherz (po poprzedniém rozszerzeniu cewki) z równoczesném podnoszeniem i wpychaniem dna wielkiemi palcami obu rąk w pochwie będącemi. Zamiast spychania szyi od góry z dobrym niekiedy skutkiem można przytrzymać ją i pociągać za nią od pochwy w czasie podnoszenia dna. Freund w tym celu przytrzymuje szyję przeciągniętemi przez nią paskami jedwabnemi a Schröder uskuteczniał to samo 4ma rozstawionemi kleszczykami Museuxa.

Ze środków wewnętrznych użył raz Freund z pomyślnym skutkiem wyciągu sporyszowego, czego jednak polecać nie można z obawy zgorzeli, którą sprawić może silne obciśnięcie się szyi.

Licznych przyrządów podawanych do odnicowania jakoto: prętów lub sprężyn zaopatrzonych kulką lub wklęsłością, służącą do ujęcia dna (White), nie należy nigdy używać jako niebezpiecznych.

W celu umniejszenia obrzęku polecano także nacięcia błony śluzowéj wynicowanéj macicy. Sims wykonywał trzy podłużne głębsze nacięcia w celu przecięcia i mięśni okrężnych a Barnes nacina ujście maciczne.

Taylor Smith (1856), West (1859), Braxton Hicks (1872) i Barnes (1873) pierwsi zaczęli używać tamponów kauczukowych, dłuższy czas leżących w pochwie i sposób ten jest obecnie najwięcéj zalecanym i najskuteczniejszym. Używamy w tym celu tak zwanego kolpeuryntera, który wsuwamy pomazany oliwą karbolową próżny w pochwę a następnie wypełniamy wodą letnią, tak aby napięcie było dość znaczném i pozostawiamy go w pochwie przez 24 godzin, poczém go wypróżniamy w celu wyjęcia, wymycia w 5% kw. karbolowym lub 1‰ rozczynie sublimatu i wystrzykania dokładnego pochwy 2—3% kw. karbolowym, poczém go znowu zakładamy i wypełniamy starając się zwiększać wypełnienie, o ile to chora zniesie.

Takie postępowanie trwa kilka do kilkunastu dni a nawet kilku tygodni, przerywane od czasu do czasu próbami odprowadzenia, które wreszcie udać się mogą lub w rzadszych przypadkach macica samoistnie się odnicowuje a sprawie téj towarzyszą zwykle gwałtowne bóle podobne do porodowych.

Działanie kolpeuryntera głównie na tém polega, że jednostajném rozprzężeniem pochwy rozciąga kolisto szyję maciczną, któréj skurcz jest główną przyczyną trudności odnicowania i ułatwia w ten sposób powrót macicy w położenie prawidłowe.

Jak sobie należy postępować, gdy przy użyciu cierpliwém wszystkich środków odnicowanie się nie udaje, nadmienię tylko pokrótce, dodając zaraz, że zrosty w t. zw. lejku pomimo tak ciasnego umieszczenia stykających się ze sobą powierzchni otrzewny rzadko tylko zdarzają się (stanowiąc wówczas nieprzezwyciężoną przeszkodę odnicowania), jak o tém świadczy przytoczony przypadek 30-letniego trwania, w którym odnicowanie się udało.

Jeżeli odnicowanie się nie uda u choréj będącéj blisko wieku zwrotu płciowego, wówczas ograniczamy się do powstrzymywania każdorazowego krwawienia środkami ściągającemi i tamponowaniem lub staramy się zamienić błonę śluzową macicy w bliznę niekrwawiącą pomazywaniem środkami żrącemi jakoto *liq. ferri sesquichlor.*, *Acid. nitr. fumans*, lub przyżeganiem żegadłem Pacquelina. Jeżeli chora jest młodą, to po długotrwających próbach nieudanych pozostają dwa sposoby powstrzymania krwotoków: 1) odcięcie wynicowanej macicy, 2) wycięcie jajników. Thomas uskutecznił odnicowanie po wykonaniu cięcia brzusznego jamy brzusznéj.

Nie zastanawiając się bliżéj nad temi metodami przystępuję do opisu mojego przypadku.

W dniu 20 maja zeszłego roku pojawiła się u mnie w czasie ordynacyi domowéj pani Hesslowa, żona wachmistrza żandarmeryi z Bóbrki, licząca lat 23, prowadzona pod ręce przez matkę i męża, przedstawiająca obraz bardzo wielkiéj niedokrewności i osłabienia. Podaje ona, że rodziła raz tylko przed 6 miesiącami, t. j. dnia 16 listopada 1886 roku i że od tego czasu krwawi aż dotychczas. Największy okres wolny od krwotoków wynosił tylko dwa tygodnie.

Badanie wykazuje wynicowanie macicy, która tworzy obrzęk z cechami wyżéj opisanemi, wielkości gruszki bery, którego część zwężająca się wchodzi w szyję wiotką nienapiętą około obrzęku, tworzącą rynienkę ledwo 1cm. głębokości, w którą łatwo palec dokoła wsunąć można. Powłoki brzuszne tak wiotkie, że złożoném badaniem dają się wykazać wszystkie opisane szczegóły lejka.

Na zapytanie, czy nie przypomina sobie chora, jak się zachowywała akuszerka w chwili po porodzie dziecka, odpowiada, „że coś w niéj grzebała“ i że poród odbył się w Przemyślanach, zkąd pochodziła także chora, o której na wstępie wspomniałem, kolegi Stroynowskiego. Obie te chore miały mieć jednę i tę samą akuszerkę. Sądzę zatém, że te dwa przypadki są znaczenia obciążającego akuszerkę, tém bardziéj, że u mojéj choréj poród odbywać się miał leniwo.

Chcąc swobodnie rozporządzać chorą umieściłem ją u akuszerki blisko mnie mieszkającéj i postanowiłem nie przedsiębrać żadnych prób odnicowania wcześniéj niż po tygodniu używania kolpeurynteru. Poleciwszy zatém spokojne leżenie w łóżku, mocne odżywianie się, stare wino tokajskie co 2 godziny łyżkę i *Tra ferri acet. aetherea*, założyłem pierwszy raz kolpeurynter dnia 25 maja po dokładném przepłukaniu pochwy 2% rozczynem karbolowym, a następnie wypełniłem go wodą ostałą za pomocą strzykawki dokładnie mieszczącéj wody 100gr. Strzykawek takich pełnych weszło 4 i wówczas kolpeurynter dość ściśle wypełniał pochwę nietworząc żadnego fałdu.

Tu zaraz nadmienić mi wypada, że najlepszy ku temu celowi kolpeurynter jest z cienką miękką rurką, gdyż nie przeszkadza chorym i nie psuje się tak łatwo jak z rurką twardą, która załamuje się na miejscu przejścia w część miękką i tam się najłatwiéj psuje. Rurkę po wstrzyknięciach wody można zacisnąć lub wsadzić w nią rurkę, twardą opatrzoną kurkiem.

Dnia następnego po ułożeniu choréj na stole z materacami przed oknem, wsunąłem palec pomiędzy kolpeurynterem i ścianą pochwy, aby się przekonać, jak macica leży i znalazłem takową przyciśniętą do przodkowéj ściany pochwy. Takie działanie kolpeurynteru zdawało mi się niewłaściwém, gdyż jeżeli się można spodziewać skutku po nim, powinien on uciskać macicę wynicowaną w kierunku ile możności środka szyi. Aby to umożebnić, wypełniłem do koła sklepienie skrawkami gazy jodoformowéj, tak że macica zajmowała położenie całkiem środkowe, poczém znowu założyłem wymyty w wodzie sublimatowéj kolpeurynter i wypełniłem go jak poprzednio, zatém napięcie było zwiększone o ilość użytéj gazy.

Trzeciego dnia po wyjęciu kolpeurynteru wypłynęło z pochwy do 3ch łyżek cieczy śluzowéj szklistéj, jasno-żółto zabarwionéj. Dodaję tu nawiasowo, że to żółte zabarwienie nie pochodziło od jodoformu, gdyż tenże się nie rozpuszcza. i że trwało późniéj w znacznéj ilości i bez użycia gazy jodoformowéj. Macicę znalazłem leżącą ośrodkowo i nieco rozpłaszczoną.

W opisany sposób postępowałem sobie codziennie zwiększając po trochu wypełnienie wodą aż do 5 strzykawek, t. j. 500grm., przyczém chora uskarżała się na znaczne uczucie prężenia, do czego jednak wśród dnia się przyzwyczajała.

W dniu 30 maja, zatém w tydzień po rozpoczęciu, postanowiłem wykonać pierwszą próbę odnicowania po poprzedniém dokładném wypróżnieniu choréj.

Zaprosiwszy do pomocy kol. Stroynowskiego, po głębokiém uśpieniu choréj wsunąłem dwa palce dokładnie wymytéj w wodzie sublimatowéj ręki prawéj w pochwę i działaniem złożoném z łatwością wsunąłem dno macicy po nad ujście zewnętrzne, przyczém drugą ręką z wszelką dokładnością mogłem przytrzymywać lejek i spychać go ku dołowi. Mimo długo trwających manipulacyj wykonywanych przez nas dwóch nie udało nam się ani na liniję posunąć wyżej dna.

Spróbowałem zatém wsunąć całą rękę w pochwę i tak wysoko bez użycia żadnéj siły ani nadmiernego wyprężenia pochwy podniosłem całą macicę, że lejek podniósł się do wysokości pępka i przez cienką skórę takowego zesuwanie jego brzegów ku dołowi jeszcze dokładniéj wykonać mogłem, lecz również bez żadnego skutku. Z powodu tych prób odłożyłem do popołudnia założenie kolpeurynteru, gdy przekonałem się o braku bolesności otoczenia macicy.

Od téj próby aż do drugiéj w dniu 6 czerwca, zatém w 7 dni po pierwszéj, macica zawsze rozpłaszczona i zmniejszona tak środkowo leżała, że wypełnienie gazą jodoformową uważałem za zbyteczne. Druga ta próba wykonana jak poprzednia okazała się także bezskuteczną a zważywszy opór, który wszelką nadzieję odnicowania odejmował i rozpacz choréj, która znowu wszelką nadzieję w tych manipulacyjach pokładała, można mieć wyobrażenie o niemiłém położeniu w obec choréj rozbudzonéj, która się pyta: czy już się udało?

Tym razem do prób odnicowania dodaliśmy jeszcze miesienie macicy, to jest ugniatanie jej pomiędzy palcami, poczém na nowo założyłem kolpeurynter, który dnia następnego wypełniłem 6ma strzykawkami = 600gr. wody. Tu dodać muszę, że krwawienia z macicy ustały już 3go dnia po rozpoczęciu leczenia i niepowracały więcéj.

W dniu 10 czerwca postanowiłem wykonać próbę z przytrzymaniem szyi i równoczesném wpychaniem dna.

Choréj nieusypianéj poleciłem zająć położenie kolankowo łokciowe, poczém przodkową i tylną wargę chwyciłem osobno kleszczykami Museuxa i przytrzymując niemi szyję probowałem wpychać dno.

Odnicowanie wprawdzie także się nie powiodło, lecz tu przekonałem się, że w tém ułożeniu choréj mogę wypełnić szyję gazą jodoformową, aby utrzymać dno ponad ujściem zewnętrznem, co téż uczyniłem, poczém dwoma palcami przytrzymując gazę w szyi i naciągając kleszczykami, poleciłem choréj zająć położenie na grzbiecie i odjąłem kleszczyki nie pierwéj aż wówczas, gdy asystujący mi magister chirurgii p. Gabel, krewny choréj, ustalił mi od zewnątrz lejek wynicowania, poczém obok palców moich wsunąłem kolpeurynter i usunąłem palce dopiero po znaczném wypełnieniu jego. Tym razem wypełnienie uczyniłem największém, gdyż wstrzyknąłem $7^3/_4$ strzykawek wody = 775grm.

Kolpeurynter daje się teraz z łatwością wybadać jak pół głowy dziecka sterczący obrzęk ponad spojeniem łonowém, na którego szczycie sterczy wyrostek, który tworzy lejek, zupełnie tak samo, jak to się znajduje w obecności krwiaka pochwy (*Haematocolpos*).

Chora skarży się na mocne bardzo prężenie. Poleciłem jéj zatém o ile możności wytrzymać je przynajmniéj 2—3 godzin, poczem gdyby było nieznośném, pozwoliłem wypuścić pół szklanki wody.

Przyszedłszy na drugi dzień dowiedziałem się, że w 3 godziny po założeniu kolpeurynteru uczucie prężenia, bólów krzyża i parcia było tak silném, że chora z bólu, aby nie

krzyczeć, gryzła poduszkę, lecz pomimo namowy ze strony matki i akuszerki, nie pozwoliła ani kropli wody wypuścić z kolpeuryntera. Bóle te po trwaniu mniéj lub więcéj 3-godzinném ustały zupełnie. Po wyjęciu kolpeuryntera znalazłem w pochwie gazę jodoformową a z macicy ani śladu, natomiast zaś badanie złożone wykazuje ją w położeniu prawidłowém wyraźnie powiększoną, wargi szyi poprzednio cienkie, teraz zgrubiałe, soczysto naciekłe, trudne do odróżnienia od fałdów pochwy, ujście tworzy szeroką szparę, przez którą palec wchodzi z łatwością do jamy macicy, jak po największém rozszerzeniu środkami pęczniejącemi, zatém w stanie chwilowego porażenia czyli znużenia mięśniowego po wielkim wysiłku. Z ujścia występuje obfita wydzielina śluzowa-ropiasta. Choréj poleciłem nadal spokój, a dla usunięcia obfitéj wydzieliny i pobudzenia macicy do kurczów wykonywałem dwa razy dziennie wypłókiwania jamy macicy 2% roztworem karbolowym ogrzanym do 28°R. Po kilku dniach część pochwowa zaczęła się wyraźniéj odznaczać, szyja nieco się zwęziła i w tym stanie chora niecierpliwie nalegająca na powrót do domu, opuściła Lwów, a w kilka miesięcy po tém pojawiła się znowu, doskonale wyglądająca, pomimo znacznego nieżytu jamy macicy, który trwał jeszcze.

Zasady, jakie dają się wysnuć z tego przypadku dla leczenia wynicowania macicy, streścić się dają w dwóch punktach:

1) Potrzeba przedewszystkiém umożebnić kolpeurynterowi działanie na wynicowaną część macicy w kierunku środka szyi.

2) O ile to tylko da się uskutecznić, należy częściowo odprowadzone dno ponad ujściem zewnętrznem starać się ustalić, do czego w danym przypadku użyćby można zalecanego nawet przez Emmeta szwu ujścia zewnętrznego

---

III. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu.

Podał

Dr. Antoni Mars,

Docent Uniw. Jagiell. i b. asystent prof. Madurowicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Badania powyższe na osobach żywych podjęte, wykazują, że tam, gdzie żadna część większa płodu nie poprzedza, lub gdzie część poprzedzająca do wchodu wstąpić nie może z powodu przeszkód mechanicznych, pochwa na końcu ciąży zachowuje się podobnie jak w jéj wcześniejszych okresach. W przypadkach, gdzie znajdujemy nad wchodem część większą płodową, która do wchodu wstępuje, ułożenie pochwy się zmienia, sklepienia stoją daléj od siebie. Najwybitniejsze zmiany występują tam, gdzie poprzedzająca główka wstąpiła do próżni miednicy Im niżéj ustawioną jest główka, tém dokładniéj wypukla się dolny odcinek macicy, a w szczególności jego przednia ściana, tém więcéj zbacza część pochwowa ku tyłowi, témtéż i szerzéj rozstawione są sklepienia pochwowe od siebie, tém wyraźniéj występuje różnica w zachowaniu się przedniéj a tylnéj ściany pochwowéj, tém więcéj wydaje nam się przednia ściana skurczoną i skróconą, tém więcéj tylna ku górze wyciągniętą i wydłużoną. Pomiary dokonywane na przedniéj i tylnéj ścianie pochwy wynosiły podczas wcześniejszych okresów ciąży, nadto tam, gdzie część większa płodu nie poprzedzała lub zstąpić nie mogła w przedniéj ścianie około 7—8 cm., a w tylnéj ścianie około 11—12 cm. W przypadkach zaś, gdzie główka stała nisko, wymiar ściany przedniéj wynosił od 5—6 cm. a tylny 11—12 cm.

Z powyższego wynika niewątpliwie, że zmiany w ułożeniu pochwy pozostają w ścisłym związku z wyższém lub niższém ustawieniem dolnego odcinka macicy. Mimowoli nasuwa się pytanie, jakim się to sposobem dzieje. Tłumaczenie tego zjawiska może być tylko dwojakie, a mianowicie: albo zmiany w ułożeniu pochwy zależą wprost od niskiego ustawienia dolnego odcinka macicy, a względnie od niskiego ustawienia części poprzedzającéj, albo też zmiany te zależą od tych samych czynników, które niskie ustawienie części poprzedzającéj i dolnego odcinka macicy sprowadzają. Pierwsze przypuszczenie, jakoby niskie ustawienie części poprzedzającéj, czyto przez zepchnięcie ku dołowi, czy téż przez wypuklenie i rozszerzenie głównie przedniego sklepienia, zmiany powyższe wywoływać mogło, wydaje mi się nieprawdopodobném. Gdyby bowiem zepchnięcie pochwy ku dołowi tylko rolę grać miało, to pochwa przed zstąpieniem części poprzedzającéj wiotka, długa, fałdzista, powinnaby być tylko w liczniejsze fałdy ułożoną tak w przedniéj jak i tylnéj ścianie. Podobnie działoby się powinno, gdyby wypuklenie przedniego sklepienia, a témsamém rozciągnięcie jego rolę grać miało, w sklepieniu przodkowém powinnaby ściana pochwy być najwięcéj napiętą, rozciągniętą, wygładzoną, w reszcie zaś pofałdowaną, wiotką. Badanie tych stosunków na osobach żywych poucza nas o wprost przeciwnych objawach, a mianowicie: przednia ściana pochwy w dole staje się grubszą, skurczoną, drobnemi poprzecznemi fałdami błony śluzowéj pokrytą, w górze zaś bywa często wiotką, nieskurczoną, w całéj grubości w fałdy ułożoną; tylna zaś ściana zostaje wyciągniętą, napiętą, wydłużoną, drobne fałdy błony śluzowéj zostają wygładzone, a cała wydaje się jakoby była cieńszą. W obec tego musimy szukać przyczyny w czynnikach, które wywołują ustawienie niskie części poprzedzającéj. W ostatnich miesiącach ciąży jama macicy powiększa się przez powstanie tak zwanego dolnego odcinka macicy, skutkiem czego pod wpływem sił od wewnątrz działających wypukla się macica znacznie w kierunku ku dołowi Naturalném przeto jest, że jeżeli macica w stosunku do miednicy w swém położeniu jest ustaloną, wypuklająca się dolna część macicy w raz z częścią, którą obejmuje, do jamy miednicy zstępować musi. Macica przymocowaną jest do miednicy za pomocą połączeń z narządami sąsiedniemi i za pomocą różnych więzów, z których więzy okrągłe, są najsilniejsze i najważniejszą rolę w ustaleniu macicy odgrywają. Dolny odcinek macicy wraz z częścią poprzedzającą zstępuje ku dołowi, napotyka na opór we wchodzie do miednicy, który musi przezwyciężyć. Jeżeli w danym przypadku więzy utrzymujące macicę, a w szczególności więzy okrągłe są jędrne, niepodatne, a stosunek części poprzedzającéj do miednicy prawidłowy, przezwycięża część poprzedzająca opór we wchodzie do miednicy i zstępuje ku dołowi W miarę im część poprzedzająca napotyka na większy opór we wchodzie miednicy, tém więcéj muszą się napinać więzy okrągłe, tém silniéj muszą macicę w pierwotném położeniu utrzymywać. Uwzględniwszy teraz budowę anatomiczną więzów okrągłych i stosunek ich do budowy mięśniowéj macicy i pochwy, to jak już na początku niniejszéj pracy powiedziano, że więzy okrągłe, powierzchowna warstwa mięśni podłużnych na ścianie przedniéj macicy i mięśnie podłużne przedniéj ściany pochwy należą do jednego systemu, podczas gdy więzy jajnikowe, warstwa mięśni powierzchownych na tylnéj ścianie macicy i mięśnie podłużne tylnéj ściany pochwy należą do osobnego systemu mięśniowego. Systemy te mięśniowe same w sobie

równocześnie muszą ulegać napięciu i skurczeniu. Więzy okrągłe mają na obu swych końcach stałe przyczepy, więzy jajnikowe mają końce zewnętrzne wolne bez stałego punktu oparcia. W obec tego zawsze więzy okrągłe, przednia warstwa mięśni powierzchownych podłużnych macicy i pochwy muszą się silniéj napinać i kurczyć, aniżeli odpowiednie mięśnie na tylnéj ścianie, skutkiem tego te pierwsze muszą mieć przewagę nad drugiemi.

Jeżeli teraz w danym przypadku do próżni miednicy zstępująca część poprzedzająca przezwycięża opór w kanale kostnym napotykany, napinają się więzy okrągłe w miarę wzrastającego oporu, a témsamém musi się napinać powierzchowna warstwa mięśni podłużnych macicy i pochwy. Ponieważ zaś system mięśniowy więzów okrągłych ma przewagę nad systemem więzów jajnikowych, musi się wytwarzać przodopochylenie macicy i obniżenie jéj dna w jamie brzusznéj, w pochwie musi być przednia ściana więcéj napięta i skurczona i raczéj skrócona, podczas gdy tylna mniéj napięta i więcéj rozciągnięta. Nadto jeszcze co do zachowania się pochwy istnieje pomiędzy przednią a tylną ścianą pochwy różnica, która polega na tém, że mięśnie podłużne pochwy na przedniéj ścianie przebiegają równolegle prawie do połowy jéj długości, podczas gdy na tylnéj ścianie stosunkowo daleko wyżéj przechodzą w utkanie mięśni okrążających pochwę. Napięcie zatém i skurczenie na przedniéj ścianie pochwy będzie się objawiać w dolnéj połowie a górna zostaje wiotką, podczas gdy tylna ściana na daleko znaczniejszéj długości bywa napiętą i rozciągniętą. Odpowiednio temu daléj następuje zagięcie kątowate pochwy ku górze, w miejscach, gdzie wiązki mięśniowe równoległe wplatają się w utkanie mięśni okrążających, co ma miejsce na przedniéj ścianie pochwy, mniéj lub więcéj w połowie jéj długości, na tylnéj zaś w odległości około 2 cm. od sklepienia. Ztąd pochodzi, że miejsce przegięcia się pochwy na przedniéj ścianie leży daleko daléj od części pochwowéj, aniżeli na tylnéj ścianie. Tym sposobem w przypadkach niskiego ustawienia główki podtrzymuje górna połowa przedniéj ściany pochwy niejako wypuklenie przedniéj ściany dolnego odcinka macicy. W miarę zaś czy część pochwowa jest więcej zwróconą ku tyłowi, sklepienie przodkowe jest wygładzone, w razie zaś, gdy leży w osi miednicy, często pofałdowane, od dolnego odcinka macicy odstające. Jeżeli daléj część poprzedzająca nie wstępuje do próżni miednicy w końcu ciąży, to albo mamy przed sobą wieloródkę, u któréj przyczepienia macicy do miednicy i więzy okrągłe były już rozciągnięte, są wiotkie i nie są w stanie przezwyciężyć oporu, jakiego doznaje część poprzedzająca w pochodzie ku dołowi i w takim razie wcale się nie napinają, tylko podają i wtenczas też pochwa jest nienapięta, podatna, długa, fałdzista. Albo też mamy położenie płodu poprzeczne i brak części poprzedzającéj większéj, macica więcéj w szerz jest rozdętą, dno jéj stoi niżéj i więzy okrągłe wcale się nie napinają, a pochwa zachowuje się podobnie jak u wieloródek. Albo wreszcie mamy przypadek zcieśnienia miednicy, gdzie więzy okrągłe, aczkolwiek jędrne i nierozciągnięte, nie mogą przezwyciężyć oporu, jaki część poprzedzająca napotyka we wchodzie, system mięśniowy więzów okrągłych bierze przewagę nad systemem mięśni więzów jajnikowych i następuje znaczne przechylenie macicy ku przodowi, tak zwany brzuch obwisły, a w następstwie i zwolnienie napięcia całego systemu. W przypadkach tych pochwa będzie zrazu w dolnéj przedniéj połowie skurczoną i napiętą, w górnéj będzie wiotka, tylna ściana pochwy rozciągnięta dopóty, dopóki nie wytworzy się brzuch obwisły. Skurczenie i napięcie przedniéj ściany pochwy wyraźném jest szczególniéj u pierwiastek. Wywody niniejsze zgadzają się w zupełności z objawami na osobach żywych spostrzeganemi.

Zachowanie się pochwy podczas porodu. Co do kwestyi zachowania się pochwy podczas porodu, zapatrywania autorów są różne, jedni przyznają jéj tylko bardzo mały wpływ na przebieg porodu; inni zaś twierdzą, że zachowuje się zupełnie biernie. Karol Braun [1]) mówi: „Okrążające wiązki mięśniowe pochwy stosują się do główki, a wiązki mięśniowe podłużne przyczyniają się częściowo do posuwania się główki przez to, że służą jako główny punkt oparcia do rozwinięcia się siły macicy. Wigand, Naegele, jego syn i Scanzoni i wielu innych uważają pomocnicze działanie skurczów pochwowych jako znaczne. Jeżeli ściągania się pochwy niektórzy dla tego uważają za nieznaczne, że one po porodzie dziecka czasem skrzepów krwi wydalić nie są w stanie, to przypominamy okoliczność, że ciało miękkie trudniéj aniżeli twarde naprzód posuwać, że pochwa po porodzie tak jak *constrictor cunni*, *sphincter i levator ani i cervix* w stanie podobnym do porażenia się znajdują, chociaż tym ostatnim nikt znacznéj kurczliwości nie odmawia.“ Späth [2]) przypisuje pochwie kurczliwość, twierdzi nawet, że w nieprawidłowych warunkach skurczenia się pochwy mogą być tak silne, że mogą utrudniać, a nawet uniemożliwiać, wprowadzenie ręki lub narzędzia nadto uwzględniając wpływ pochwy na przebieg porodu powiada: „Zwykle jednak pochwa mało tylko albo wcale nie może się przyczynić do wydalenia rodzącego się przedmiotu, albowiem podczas przechodzenia donoszonego płodu przez znaczne rozdęcie w swéj czynności bywa w taki sposób porażoną, że następnie jeszcze czas dłuższy w stanie zupełnego zwiotczenia pozostaje. Dla tego poplód rzadko dobrowolnie bywa wydalony, a gdy to następuje, dzieje się pod wpływem działania tłoczni brzusznéj (przy napieraniu, kaszlu, kichaniu). Tylko jeżeli ciała małe, n. p. jajo z pierwszych miesięcy ciąży, do pochwy się dostaje, albo gdy poplód dłuższy czas w pochwie przebywa, może ona swą czynność przez wydalenie tegoż ujawnić.“ Scanzoni [3]) przyznaje kurczliwość pochwie i siłę wykluczającą, a tém samém, że musi czynnie działać podczas porodu a daléj mówi: „Aczkolwiek kurcze tego przewodu, odnośnie do uwłóknienia mięśniowego przeważnie są okrążające, to przecież, jak z wyżéj nadmienionych spostrzeżeń wynika i co na wypadniętym organie zmysłami spostrzedz można, idą takowe w kierunku z góry ku dołowi, zawsze przeto działają, w pochwie leżące ciało do wychodu miednicy spychają, a tém samém do wydalenia jego się przyczyniają. Nikt, kto tym okolicznościom trochę uwagi poświęci, nie będzie wątpił o udziale, jaki pochwie w obec wydalenia w jéj przewodzie znajdujących się części płodowych przypada.“ Spiegelberg [4]) w dziele swém mówi: „Pochwie nie można żadnéj właściwéj siły wykluczającéj przypisać; podczas przesuwania się płodu jest ona do tego zbyt rozdętą; tylko do wydalenia części mniéj pojemnych (następująca część płodowa, łożysko) przyczynia się przez swą elastyczność i przez kurczenie się mięśni pod wpływem woli zostających, które w jéj dolnéj części leżą.“ Karol Braun [5]) w drugiém wydaniu swego dzieła wspomina tożsamo prawie

[1]) *Lehrb. d. Gebhfe*, 1857. S. 160. — [2]) *Comp. d. Geburtskunde*, 1857. S. 80. — [3]) *Lehrb. d. Gebhfe*, 1867. B. I. S. 245. — [4]) *Lehrb. d. Gebhfe*, B. I. S. 129. — [5]) *Lehrb. d. gesammten Gynaekologie*, 1881.

co i w pierwszém wydaniu. Kormann [1]) mówi, że pochwa w trzecim okresie porodowym działa czynnie przez swe skurczenia. Bayer [2]), mówiąc o porodzie rozpoczynającym się twierdzi, że w przypadkach trudnego rozwierania się dróg porodowych widzimy często tylną ścianę pochwy w stanie znacznego napięcia, podczas gdy przednia w grubych niewyrównanych fałdach się zwiesza. Nadto na innem miejscu [3]) powiada: „Pochwa służy do ustalenia macicy ku dołowi i za pomocą środkowych podłużnych wiązek utrudnia znaczniejsze wysuwanie się ku górze. Równocześnie przez napięcie tylnéj ściany tworzy równię pochyłą, po której część poprzedzająca, po wystąpieniu z szyi macicy, daléj w kierunku osi miednicy na dół zstępuje. Schroeder dzieli narząd rodny, t. j. macicę i pochwę razem wzięte, na dwie części, naznaczając granicę pomiędzy niemi w wysokości, gdzie podczas porodu występuje zgrubienie ścian macicy. Miejsce to pierścieniowato ku jamie macicy wysterczające leży w wysokości silnego przyczepienia się otrzewny do powierzchni macicy od przodu i w wysokości żyły okrążającéj macicy. Pierścieniowate to zgrubienie jako ujście wewnętrzne przez Bandla opisywane nazywa: „*Contractionsring*.“ Część kanału nad opisanym pierścieniem nazywa: „*Hohlmuskel*,“ pod tymże zaś położoną: „*Durchtrittsschlauch*.“ O części pierwszéj wyżéj położonéj mówi, że się kurczy i występuje czynnie podczas porodu, podczas gdy o drugiéj powiada, że stanowi tylko bierny kanał służący do przejścia płodu. W myśl tego określa swoje zapatrywanie, jak następuje [4]): Czy poniżéj pierścienia skurczowego (*Contractionsring*) wiązki mięśniowe w kierunku ku dołowi przebiegające kurczą się jeszcze w ogóle, albo czy porażone długo bywają rozciągane, jest wątpliwém. Na pewno skurcze tychże ustępują zupełnie na dalszy plan, a przyczyniają się do wytworzenia wiotkiego przewodu, przez który dziecko zostaje przeparte.“ W témże dziele na stronie 157 mówi, że regularnie pęcherz moczowy, który leżał podczas ciąży w miednicy małéj bywa do góry wyciągnięty. Breisky [5]) mówiąc o zmianach, jakie pochwa podczas ciąży przechodzi, powiada, że objawy kurczliwości pochwy można spostrzegać podczas ciąży u pierwiastek szczególniéj na przedniéj ścianie tejże, poniżéj przedniego sklepienia, gdzie się tworzą poprzeczne fałdy. Daléj [6]) opisuje zmiany podczas porodu w ten sposób: tylna ściana pochwy i tylne sklepienie zostają do góry wyciągnięte, podczas gdy równocześnie przednia ściana nie rzadko okazuje się w sobie zsunięta z niskiém ustawieniem sklepienia. Ze zstąpieniem główki niżéj rozciąga się i przednia ściana na długość, zawsze jednak wyżéj sięga i więcéj bywa napiętą ściana tylna. (Dok. n.)

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Madurowicza.

O cięciu cesarskiém
wykonaném na karlicy według metody Porry.

Podał
Dr. Stanisław Braun,
Iszy asystent téjże kliniki.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Ponieważ mamy przed sobą położenie [1]) podłużne główkowe, nie możemy użyć innéj metody zmniejszenia płodu, jak zmniejszając główkę przez wymóżdżenie i to główkę sztucznie ustaloną przez powłoki zewnętrzne. Przypuśćmy na razie, żeśmy w naszym przypadku dokonali wymóżdżenia, to przecież nie możemy powiedzieć, żeśmy przez ten zabieg zdołali usunąć już wszystkie zapory porodowe, bo główka zmniejszona przeszłaby może z łatwością, ale barki, których szerokość znacznie większa niż największy wymiar miednicy, stanowiłyby również poważną przeszkodę porodową, po usunięciu któréj wydobylibyśmy wprawdzie płód, ale zawsze nieżywy, matka zatém straciłaby płód, a przewód rodny mógłby uledz znacznemu obrażeniu, które mogłoby ją narazić jeżeli nie na utratę życia, to przynajmniéj na sprawy zapalne długotrwające podczas połogu. Zapytajmy się również, jakież są korzyści dla matki i dziecka, gdybyśmy dokonali rozwiązania drogą sztuczną przez otwarcie jamy brzusznéj. Na to możemy odpowiedzieć, że płód może być urodzony żywy i utrzymany nadal przy życiu, matce zaś grozi niebezpieczeństwo utraty życia z powodu krwotoku i zapalenia otrzewny. Ze względu zatém na płód korzystniejsze byłoby cięcie cesarskie, dla matki zaś jeden i drugi zabieg kryje w sobie równie wielkie niebezpieczeństwo. To téż wybierając z dwojga złego mniejsze, oświadczyliśmy się raczéj za cięciem cesarskiém, niż za wymóżdżeniem. Postanowiono zatém wykonać cięcie cesarskie dla wskazania względnego, bo je mamy wykonać dla ominięcia wymóżdżenia płodu żywego, chociaż cięcie cesarskie nie stanowi w danym przypadku jedynego możliwego sposobu rozwiązania matki.

Są wprawdzie jeszcze dwa inne sposoby ominięcia wymóżdżenia główki płodu żywego, a mianowicie: Cięcie brzuszno-pochwowe (*Gastroelytrotomia*), ale tego zabiegu jak i rozcięcia spojenia łonowego (*Symphyseotomia*) dokonać na naszéj choréj nie mielibyśmy odwagi, gdyż wyniki pierwszego okazały się dotąd niepomyślne, korzyści zaś drugiego nie są większe niż wymóżdżenia; dla tego téż nie pozostaje nam jak tylko ograniczyć się do krótkiéj o nich wzmianki. Metodę pierwszą dawno zapomnianą, a dopiero w najnowszych czasach przez lekarzy amerykańskich, z Gaillardem Thomasem na czele, wznowioną i obecnie tylko w Ameryce stósowaną, podał Ritgen jako tak zwane cięcie brzuszno-pochwowe (*Gastroelytrotomia*). Polega ona na tém, że przecina się powłoki brzuszne cięciem 15—17 cm. długiém biegnącém równolegle do więzadła Pouparta od kolca przedniego górnego kości biodrowéj do grzebienia kości łonowéj; następnie nie otwierając otrzewny, oddzielamy ją w kierunku ku pochwie tak długo, aż się dostaniemy do bocznéj zewnętrznéj powierzchni pochwy; wtedy wprowadzamy do pochwy palec wskazujący i średni ręki lewéj, rozstawiamy je w pochwie jak najdaléj i wypukliwszy pochwę do rany brzusznéj, przecinamy ją między palcami jak najszerzéj, poczém pomocnik ustawia macicę ciężarną tak, że rana w pochwie odpowiada ranie brzusznéj, a operator wprowadza rękę przez sztucznie otworzoną drogę do macicy i w razie położenia podłużnego główkowego poprzecznego lub ukośnego dokonywa obrotu na nóżki, w razie zaś położenia miednicowego przystępuje wprost do wydobycia płodu, przyczém jako konieczny warunek musi mieć ujście macicy zupełnie rozwarte lub co najmniéj na dwa palce, a brzegi cienkie i podatne. Sam autor, kiedy operował po raz pierwszy tym sposobem, nie mógł wydobyć płodu i był zmuszony otworzyć otrzewnę i macicę, a chora umarła.

Niepomyślne wyniki, jakie jeszcze późniéj otrzymali, sam autor i jego zwolennicy, do których przedewszystkiém

[1]) *Lehrb. d. Gebhfe*, 1884. Str. 164. — [2]) *Morphologie der Gebärmutter. Gynaekolog. Klinik Freund*, B. I. 556. — [3]) *l. c.* S. 559. — [4]) *Lehrb. d. Gebhfe IX. Auflage*, 1886. S. 154. — [5]) *Deutsche Chirurgie. Die Krnkhten der Vagina*, S. 13. — [6]) *l. c.* Str. 14.

należą Physick w Filadelfii i August Baudelocque, nie zjednały tej metodzie prawa obywatelstwa, a cała jéj zaleta polegała chyba na tém, że się nie otwiera jamy otrzewnowéj, co w obec dzisiejszéj antyseptyki nie przedstawia tak wielkiego niebezpieczeństwa, a chorą naraża tylko na śmiertelny krwotok tętnicy podbrzusznéj.

Drugą metodę tak zwaną *symphyseotomie*, t. j. rozcięcie spojenia łonowego, podał Sigault w 1765 r. w tym celu, aby przez oddalenie od siebie kości łonowych rozszerzyć wchód miednicy, a przedewszystkiém wymiar jego prosty i w ten sposób umożliwić poród główki niepomniejszonéj, pomimo znacznego niestosunku porodowego. Zabieg ten wykonany przez autora po raz pierwszy w r. 1777 okazał się bardzo niebezpieczny i dla tego został zupełnie zaniechany. Dopiero w 100 lat później, bo w r. 1881, spotykamy się z pracą Morisaniego z Neapolu, w któréj podaje, że dokonawszy *symfyseotomii* pięćdziesiąt razy uratował życie czterdziestu matkom, co daje 20% śmiertelności i 41 dzieciom, co wynosi 82% żywo urodzonych w ten sposób dzieci. Metoda ta polega na tém, że cięciem 3—4 cm. długiém przecina się skórę na wzgórku łonowym aż do kości, następnie nożykiem gałkowatym Galbiatego podchodzi się pod dolny brzeg spojenia łonowego i przecina się je od dołu i tyłu ku przodowi i górze. Sposób ten wydawał się za czasów Sigaulta wszystkim niezrozumiałym i bezpodstawnym, zwłaszcza, że takie powagi jak Baudelocque i Osiander dowodziły, że przez oddalenie kości łonowych na 2·7 cm. powiększa się wymiar prosty wchodu zaledwie o $\frac{1}{2}$ cm.; aż dopiero Ahlfeld w naszych czasach sprawę tę wyjaśnił, wykazując że przez rozluźnienie jednego stawu miednicy małéj ulegają zwichnieniu i inne stawy, zatém przez rozcięcie spojenia łonowego muszą ulegać rozluźnieniu również spojenia krzyżowo-biodrowe, przez co pierścień wchodu miednicy obniża się znacznie ku dołowi około osi poprzecznéj, przechodzącéj przez podstawę kości krzyżowéj, przez co wymiar prosty wchodu nie o $\frac{1}{2}$ cm., jak dotąd utrzymywano, lecz średnio o 2 cm. powiększyć się może. Nie będziemy się jednak dziwić, dla czego pomimo świetnych wyników nie chwycono się tego zabiegu skwapliwie, jeżeli uwzględnimy, że rozcięte spojenie łonowe nie zrasta się nigdy za pomocą chrząstki, tylko błoną tkanki łącznéj, przez rozluźnienie stawów w miednicy małéj chód staje się bolesnym i chwiejnym i w końcu, że procent śmiertelności operowanych tym sposobem wynosi 20%, podczas gdy obecnie po wymóżdżeniu umiera średnio 10% matek.

Pozostaje nam jeszcze do rozstrzygnięcia, według jakiéj metody dokonać należało cięcia cesarskiego, skoro nadejdzie po temu odpowiednia pora.

Jak wiadomo mamy 3 sposoby wykonania cięcia cesarskiego: 1) Metodę dawną, 2) metodę według Porry, 3) i według Saengera. Metoda dawna zwana klasyczną albo cięciem brzuszno-maciczném (*Laparohysterotomia*) datuje się od lat najdawniejszych, zawsze stósowana do czasów najnowszych, obecnie tylko po śmierci matek dla wydobycia płodu bywała wykonywaną dopiero po rozpoczęciu się czynności porodowéj. Polega zaś na tém, że rozcinano powłoki brzuszne po największéj części w linii środkowéj od spojenia łonowego do pępka, ustawiano macicę, aby jéj linija środkowa leżała w ranie brzusznéj i podczas, gdy pomocnicy przyciskali do kładnie powłoki brzuszne do macicy, aby w ten sposób zapobiedz dostaniu się krwi i wody płodowéj do jamy brzusznéj, przecinał operator ścianę macicy od dna aż do szyjki w linii środkowéj, przyczém występował bardzo gwałtowny krwotok, potém chwytał za część dużą płodu leżącą w dnie i wyciągał płód na zewnątrz, zachowując przytém wszystkie zasady wyciągania płodu ręcznego, wydobywał popłód, tamował krwotok przez nacieranie dna macicy i okłady zimne, a skoro macica była dobrze skurczona, oczyściwszy jamę brzuszną zeszywał powłoki brzuszne. Wyniki z téj metody były po największéj części niepomyślne, gdyż umierało przeszło 35% kobiet w ten sposób operowanych, a przyczyną śmierci był przedewszystkiém krwotok z jamy macicy do jamy brzusznéj lub zapalenie otrzewny powstałe w skutek zakażenia podczas operacyi z braku dostatecznego postępowania przeciwgnilnego lub po operacyi w skutek dostania się odchodów połogowych przez ranę w macicy do jamy brzusznéj; wyleczenie zaś następowało zwykle w skutek zrostu przedniéj ściany macicy z powłokami brzusznemi lub jeżeli macica po operacyi przez długi czas była dobrze skurczoną. Jakkolwiek cięcie tą metodą wykonywane uważano za wyrok śmierci dla matki, to przecież stósowano metodę tę przez długi czas, gdyż innéj lepszéj nie znano. Poczęto zatém przemyśliwać, jakby z jednéj strony zapobiedz krwotokowi, z drugiéj zaś nie dopuścić do wydostania się z macicy odchodów i temuto dążeniu zawdzięczać mamy drugą i trzecią metodę.

Drugą metodę (*Laparohysterectomia*) wykonywaną często jeszcze przed wystąpieniem bolów porodowych, podali w 1876 r. lekarz włoski E. Porro i lekarz amerykański H. Stohrer, jakkolwiek pierwszą myśl tego sposobu podał jeszcze w r. 1763 Dr. Cavallini we Włoszech. Tento ostatni wyciął macicę suce ciężarnéj, a suka zdechła dopiero w 4 dni po operacyi, co dało powód do przypuszczenia, czyby podobnéj operacyi nie można wykonać na kobiecie. Myśli Cavalliniego bronił gorąco Michaelis, twierdząc, że przez ten zabieg będzie można: 1) kobietę zabezpieczyć od ponownego poczęcia; 2) zmniejszyć odczyn pochodzący od macicy rannéj pozostawionéj w jamie brzusznéj. Atoli śmiała ta propozycyja pozostawała przez długie lata bez zastósowania, aż dopiero w r. 1876 Stohrer w Bostonie, a Porro we Włoszech wykonali ją po raz pierwszy praktycznie. Kiedy bowiem po dokonaniu cięcia cesarskiego metodą dawną, pierwszy z powodu włókniaków wypełniających miednicę, ostatni z powodu ścieśnienia miednicy nie mogli utamować krwotoku, wycięli macicę i w ten sposób uratowali matkę od niechybnéj śmierci. Odtąd metoda ta coraz więcéj zaczęła się rozwijać, a do udoskonalenia jéj niemało przyczyniły się doświadczenia na królikach i kotkach, wykonywane przez Fogliatego i Reina w Petersburgu.

Zasadą téj metody jest, że wycina się macicę wraz z jajnikami i więzadłami szerokiemi, przez co usuwa się źródło krwotoku i zakażenia. Dzisiaj wykonywamy wprawdzie zarówno metodę Saengera jak i Porry, ale podczas gdy ta ostatnia jest zabiegiem dla kobiety bezpieczniejszym, czyni ją jednak niezdolną do powtórnego zastąpienia, to cięcie zachowawcze, dające te same wyniki a niepozbawiające kobiety macicy, bywa dla tego obecnie częściéj stósowane, podczas gdy metoda Porry ograniczoną została do następujących tylko przypadków: 1) Jeżeli dla znacznego ścieśnienia lub zabliźnienia szyjki i pochwy odchody połogowe nie mogą swobodnie odpływać z macicy. 2) Jeżeli macica zajęta jest nowotworem złośliwym. 3) Jeżeli podczas porodu rozwinęło się zakaźne zapalenie bł. śluz. macicy (*Endometritis septica*).

W naszym przypadku jakkolwiek nie ma żadnego z powyższych wskazań, postanowiliśmy jednak wykonać cięcie według metody Porry, a to dla tego: aby kobieta ta,

znacznie osłabiona i z naciekiem w płucach, znajdująca się w późnym wieku, operowana metodą Porry była narażoną na mniejsze niebezpieczeństwo, zabezpieczona nadal od powtórnego zastąpienia, a tém samém powtórzenia operacyi niebezpiecznéj i nie obdarzała społeczeństwa dziećmi, które zrodzone z matki głupkowatéj i suchotnicy, nie przyniosłyby mu wielkiego pożytku.

Metody téj jako niżéj szczegółowo przedstawionéj, nie będziemy tu bliżéj opisywać, ale przystąpimy do podania szczegółów o metodzie Saengera. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Profanter: **O stosowaniu mięsienia w chorobach części rodnych u kobiet.**

Stosowanie mięsienia w chorobach kobiecych nie jest nowém, w Szwecyi leczył już w roku 1861 major Thure Brandt tym sposobem rozmaite cierpienia narządu rodnego u kobiet. U nas jednak i w Niemczech rzecz ta dotychczas mało była znaną i powszechnie wyrażano się o tym sposobie leczenia z wielkiém powątpiewaniem. Z tém większém zajęciem czyta się broszurkę Profantera, który przytacza spostrzeżenia robione w klinice ginekologicznéj prof. Schulzego w Jenie. Z końcem roku 1886 sprowadził prof. Schultze za namową autora p. Thure Brandta do Jeny i oddał mu odpowiedni materyjał do leczenia. Autor podaje historyje 16 chorób w ten sposób leczonych chorych, sąto przedewszystkiem cierpienia zapalne przewlekłe i przyostre części płciowych u kobiet, jakoteż nieprawidłowe ustawienia macicy. Przewlekłe zapalenia jajników, przewlekłe i przyostre sprawy okołomaciczne pod wpływem mięsienia przez 1 do 1½ miesiąca zupełnie ustępowały, macice zupełnie ustalone i nieprawidłowo ustawione w tym samym czasie stawały się ruchomemi, ustawienie jednakże zwykle tylko częściowo się poprawiało. Nader ciekawym jest przypadek XVI. Wypadnięcie całkowite macicy, trwające już przeszło lat 7, po mięsieniu jednomiesięczném ustąpiło zupełnie, macica przybrała położenie prawidłowe i pozostała trwale w takowém Bole, na jakie chore w tych wszystkich cierpieniach się skarżyły, ustępowały już po kilku dniach.

Oprócz téj kazuistyki podaje autor krótki rys rozwoju tego sposobu leczenia a w końcu obiecuje w późniejszéj pracy podać wskazania i przeciwskazania, jak również, o ile się to da, opisać technikę mięsienia sposobem Brandta.

Całą rozprawkę poprzedza przedmowa prof. Schulzego, w któréj tenże potwierdza prawdziwość podanych historyj chorób, a zachwalając ten nowy środek leczniczy w ginekologii ostrzega, aby w wyborze przypadków być nadzwyczaj ostrożnym, gdyż w przeciwnym razie więcéj choréj zaszkodzić niż pomódz można. Niestety nie podaje jednakże autor przeciwskazań, wypada tedy czekać na dalsze jego ogłoszenia, lub jechać do Szwecyi do Thure-Brandta, aby u źródła zaczerpnąć dokładniejszych wiadomości. *(Die Massage in der Gynaekologie. Wien. Braumüller* 1887). *Dr. Sondermayer.*

Helferich: **Przyczynek do operacyjnego leczenia słoniowatości.**

Autor badając chorych na słoniowatość leczonych jużto za pomocą mięsienia, jużtéżto za pomocą wysokiego ułożenia odnóg i uciskania ich elastyczną opaską, badając następnie mikroskopowo wycięte kawałki choréj skóry, przyszedł do przekonania, że przyczyną powrotów choroby jest utrata sprężystości skóry, polegająca na rozpadzie włókien sprężystych tejże; skóra tak zmieniona nie może się skurczyć należycie, nie wywiera więc należytego ucisku na tkankę podskórną, w któréj się nagromadza znaczna ilość cieczy surowiczéj i znowu powoli choroba powraca. Na téj podstawie zaleca autor następujące leczenie: najpierw radzi stósować wysokie ułożenie, zakładanie opaski elastycznéj i mięsienie. Gdy się już w ten sposób uzyskało zmniejszenie obwodu odnogi, natenczas widzimy, że skóra daje się łatwo unieść i nie wraca następnie prędko do pierwotnego stanu. Żeby więc sprężystości skóry dopomódz, trzeba jéj obwód zmniejszyć, a zatém wyciąć po zewnętrznéj stronie odnogi przez całą długość zajętéj części pas skóry takiéj szerokości, ile się da bez trudności w palcach unieść. Brzegi rany zeszywa się i cała rana goi się przez rychłozrost. Teraz wystarczą utrzymane jeszcze włókna elastyczne, żeby skóra ściśle do tkanki podskórnéj przylegała i choroba powrócić nie powinna.

Jako następowe leczenie zaleca się chorym nosić opaskę flanelową, chodzić jak najwięcéj, żeby przez to ułatwić krążenie i mięsienie, przez pukanie (*tapoitement*), nie zaś pociąganie ręką po skórze, gdyż przez ostatnie skóra się rozciąga, a tego należy unikać. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1888 Nr. 2). *Dr. Rościszewski.*

E. Laplace: **Rozczyn kwaśny sublimatu jako środek odrażający i zastósowanie go do materyjałów antyseptycznych.**

Rozprawy nad opatrunkiem sublimatowym rozpoczęte na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich przez Schlangego skłoniły autora do podjęcia doświadczeń, któreby mogły wykazać rzeczywistą wartość sublimatu jako środka odrażającego. Doświadczenia te jako wykonane w berlińskim Zakładzie higijenicznym pod osobistym kierunkiem Kocha zasługują na zupełną wiarę. Autor doszedł na podstawie doświadczeń bakteryjologicznych do przekonania, że wszystkie materyjały opatrunkowe sublimatem napawane, jak gaza, wata, wełna drzewna mogą być bezpłenne (*steril*), aseptyczne, nie są jednakże antyseptycznemi; prątków nie ma w nich zazwyczaj, jeżeli się jednak tam dostaną, to mogą się i daléj rozwijać. O sublimacie w rozczynie już dawniéj wiedzieliśmy, że się częściowo łączy z istotami białkowatemi, jak np. z krwią, w połączenie nierozpuszczalne, niemające własności antyseptycznych i że w skutek tego traci na swéj sile odrażającéj. Po długich badaniach nabrał autor przekonania, że zakwaszenie rozczynu sublimatu jakimkolwiek kwasem, najstósowniéj kwasem winowym, zapobiega téj utracie pierwotnych własności. Przez dodanie 5‰ kwasu winowego do 1‰ rozczynu sublimatu traci ten rozczyn własność łączenia się z istotami białkowatemi i siłę swą antyseptyczną zachowuje w zupełności. Co więcéj, gaza odtłuszczona leżąca przez pewien czas w rozczynie kwaśnym sublimatu, a następnie wysuszona, jest nie tylko aseptyczną ale i antyseptyczną. Próby robione w klinice Bergmanna i w poliklinice Fehleisena potwierdzają te doświadczenia w zupełności.

W końcu podaje autor sposób sporządzania rozczynu i gazy sublimatowéj kwaśnéj. Jako rozczynu do zlewania ran używa mięszaniny: *Sublimati corros.* 1·00, *Acidi tartarici* 5·00, *Aq. destill.* 1000·00; gazę zaś sporządza w ten sposób, że gazę odtłuszczoną moczy przez 2 godziny w rozczynie: *Sublimati* 5·00, *Acidi tartarici* 20·00, *Aq. destill.* 1000·00, wyciska, a następnie suszy. Cena materyjałów opatrunkowych nieznacznie tylko się podnosi, gdyż kwas winowy jest środkiem tanim. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887).

Dr. Sondermayer.

Okulistyka.

Helfreich: **Osobliwa anomalija w unerwieniu mięśnia dźwigacza powiek.**

Na ostatnim Zjeździe okulistów w Heidelbergu podał H. wiadomość o ciekawym związku zachodzącym w rzadkich przypadkach między ruchem mięśni dwubrzusznych szyi, a skurczem m. dźwigacza powieki. U dwojga dziewcząt z wrodzonem jednostronnem opadnięciem powieki górnej, powieka podnosząca się mimo całego wysiłku woli i współdziałania mięśni czołowych zupełnie niedostatecznie, wykonywała dokładny ruch ku górze, ile razy chore otwarły jamę ustną. H. nie uważa objawu tego za zwykły współruch, ale opierając się głównie na jednostronnem występowaniu tego zjawiska, jak nie mniej na zupełnej samodzielności tego ruchu bez współdziałania mięśni sąsiednich, przypuszcza, że przyczyną tego zjawiska jest przyłączenie się pewnej liczby włókien z jądra nerwu twarzowego lub trójdzielnego do gałązki nerwu okoruchowego, zaopatrującej m. dźwigacz powieki. Przy niedokształceniu więc jądra nerwu okoruchowego w jego bocznej i środkowej części obejmuje zastępczo czynność jego jądro m. twarzowego wzgl. ruchowego korzenia n. trójdzielnego, co się uwydatni zarazem skurczem mięśni dwubrzusznych szyi, zaopatrywanych przez jeden lub drugi ze wspomnianych nerwów. Podobne przypadki spostrzegli prof. Fuchs i Fraenkel, a dawniej jeszcze roztrząsano tę kwestyję w londyńskiem towarzystwie lekarskiem, gdzie jednak wybrana w tej sprawie komisyja uznała zjawisko to za współruch. Nad pytaniem, w jakim związku pozostaje to zjawisko z spostrzeganym codziennie niemal faktem, że osoby cierpiące światłowstręt silniejszy, przy usiłowaniu otwarcia dowolnego powiek otwierają usta, nie zastanawiał się autor wcale. (*Bericht über die XIX Versammlung der ophthalm. Gesell. zu Heidelberg*). *Dr. Sroczyński.*

Choroby uszne.

J. Purjesz (Budapeszt): **O użyciu jodolu w ropnem zapaleniu ucha środkowego.**

Z przytoczonych przez autora historyj chorób, podajemy następujące: K. H. cierpiał z początku zapalenie gardła, do którego przyłączył się nadzwyczaj silny ból w prawem uchu, który znikł dopiero z wystąpieniem obfitej ilości ropy. Przy badaniu okazał się przewód ucha zewnętrzny napełniony płynną ropą, po oddaleniu której błona bębenkowa przedstawiała się przebitą w przednim dolnym odcinku. Po 8-dniowem leczeniu za pomocą płukań gardła i wdmuchiwania jodolu do przewodu usznego wydzielanie ropy zupełnie ustało — H. U., 20 lat liczący, w latach dziecięcych przebywał wiele chorób, których jednak nie pamięta, dowiedział się tylko od matki, że w wieku 6—8 lat cierpiał na ucho. Od 4 lat doznaje ropotoku z prawego ucha. Po oddaleniu ropy można widzieć na ścianach przewodu zewnętrznego tu i owdzie nadżarcia, w przednim górnym odcinku zwapnienie, w dolnym przedziurawienie. W skutek leczenia jodolem wydzielanie ustawicznie się zmniejszało i ustąpiło zupełnie po 18 dniach. Mimo swego żrącego działania jodol nie sprawia bolów i chorzy w ogóle dobrze go znoszą. W ropnem zapaleniu ucha środkowego, nawet w przypadkach przewlekłych, usuwa w stosunkowo krótkim czasie wszelkie ropienie. (*Pester med.-chir. Presse* 1887. Nr. 39). *Dr. R. Spira.*

Patologija ogólna.

Grawitz: **Znaczenie kadaweryny przy powstawaniu zapalenia ropnego.**

Istota ta, należąca do ptomainów, otrzymana po raz pierwszy przez Briegera, jest cieczą bezbarwną, o nieprzyjemnej woni, w wodzie rozpuszczalną, chemicznie identyczną z pentametylendiaminem. Z doświadczeń autora wynika, że w rozczynie 2·5% i wyżej zabija kadaweryna mikrokoki ropne w przeciągu godziny, a najmniejsze jej ilości dodane do żelatyny, w której znajdowały się hodowle tych mikrokoków, wystarczały do wstrzymania lub zniesienia ich dalszego rozwoju. Pomimo tego po podskórnem wstrzyknięciu rozczynu kadaweryny, niezawierającego mikrokoków, zauważył autor, że zależnie od zagęszczenia rozczynu powstawało zapalenie z przejściem w ropienie lub nekrozę, albo też lekki obrzęk zapalny, który prędko ulegał wessaniu. Ropa z takiego ogniska zawierała pewien rodzaj prątków, które, zdaniem autora, nie są przyczyną ropienia, gdyż ropa wraz z prątkami wstrzyknięta innemu zwierzęciu pod skórę nie wywoływała żadnych zmian zapalnych, a powtóre w niektórych miejscach, gdzie kadaweryna zbyt silnie zadziałała, powstawało obumarcie skóry bez ropienia, pomimo że i tu te same prątki się znajdowały. Słabe rozczyny kadaweryny, do których autor naumyślnie dodawał mikrokoki ropne, wstrzyknięte podskórnie, ulegały prędko wessaniu nie pozostawiwszy żadnych zmian, a silniejsze rozczyny zawierające te mikrokoki wprawdzie wywoływały ropienie, lecz w ropie oprócz owych prątków innych bakteryj autor nie znajdował. Widocznie ropienie wywołano kadaweryną, która jest produktem rozkładu pewnych mikrobów, a która na mikroby ropne działa zabójczo. (*Virchows Archiv f. path. Anatom. u. Physiologie* 1887, 110 Bd.) *A. B.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Leyden (Berlin): **Przyczynek do nauki o umiejscowieniu czynności w mózgu.**

Nauka o umiejscowieniu czynności w mózgu należy wprawdzie dotychczas jeszcze wyłącznie do patologii doświadczalnej, klinika jednak już wiele podała i podaje szczegółów wyjaśniających niektóre niejasne sprawy, odnoszące się do mózgu człowieka. Doświadczenia kliniczne w tym kierunku zrobione dzieli L. na trzy grupy, do każdej z nich dodaje własne swoje spostrzeżenia. Do pierwszej zalicza zaburzenia w mowie, których przyczyną mogą być zmiany w ośrodku w korze płatu czołowego (Wernickego afazyja motoryczna czyli ataktyczna) albo po za rowkiem środkowym tego samego płatu (Wernickego afazyja amnestyczna lub sensoryczna). Pozostaje jednak jeszcze wiele przypadków afazyi, dla których trzeba razem z Naunynem przypuścić trzeci ośrodek, znajdujący się prawdopodobnie na przejściu do płatu potylicowego. (Ślepota słów przypominająca ślepotę wzroku). Co do umiejscowienia zmysłów a zmysłu wzroku w szczególności, oświadcza się L. stanowczo za płatem potylicowym, podając zarazem przypadek porażenia połowiczego, połączonego z hemianopsyją, w którym sekcyja wykazała guz w płacie wspomnianym. Do trzeciej grupy należą ośrodki ruchowe w korze zakrętów środkowych. Ten dział ma dla internisty bardzo wielkie znaczenie, bo oznaczenie, gdzie guz uciskający leży, rozstrzyga niekiedy na pewne, jakiego on jest rodzaju, czy kiłowej, czy gruźliczej przyrody, ważny dla chirurga, bo rozstrzyga, czy się nie da drogą operacyjną usunąć i ważny także co do rokowania, bo porażenia mające swą podstawę w korze, dozwalają lepiej rokować i prędzej ustępują. Zmiany w tych ośrodkach zaczynają się od pewnego stanu podrażnienia przechodzącego w napady drgawek, które kolejno zajmują części ciała w miarę, jak zmiana w korze przechodzi na sąsiednie części mózgu. Chory

dostaje drgawek w nodze, z czasem przechodzą one na ręce, na trzeci dzień występuje padaczka, porażenie połowicze, przemijająca hemianopsyja, a sekcyja wykazuje guz w rowku środkowym. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887. Nr. 47). *H. K.*

(H. K.) W przypadku gruźlicy płuc, w którym bezskutecznie podawano arsen, tran rybi, wino chinowe dla poprawy łaknienia, zastósował Indet (*L'Union médicale* 1887 Nr. 46) wino fosforowo-peptonowe, które się otrzymuje przez zarobienie wyskoku, mięsa i fosforanu wapniowego. Z tego podawał z początku dziennie dwie łyżki, potém cztery. Po piętnastu dniach pobierania tego wina łaknienie znacznie się poprawiło, poty ustąpiły, ciężar ciała znacznie się podniósł, a rzężenia stawały się po kilku tygodniach skąpsze; zdaje się, że działanie fosforanu wapna wzmacnia połączenie białka w komórkach. Wino to poleca autor we wszystkich przypadkach wyniszczenia ogólnego. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887 Nr. 51).

Choroby weneryczne.

Bockhard (Wiesbaden): **O zastosowaniu jodoformu w leczeniu chorób wenerycznych.**

B. oświadcza się za zdaniem Tarnowskiego, że jodoform wcale nie działa na błony śluzowe rzeżączką dotknięte i sprzeciwia się Watson — Cheynemu i Jamesowi, którzy za pomocą pręcików i Campaniemu, który zapomocą zawiesin jodoformowych leczyli rzeżączkę w ciągu 7—8 dni. Za to goiły się bardzo pięknie nadżerki i wrzody na części pochwowéj macicy pod woreczkami gazowemi napełnionemi proszkiem jodoformowym, odpowiednio za pomocą tamponów ustalonemi. Zdaje się, że jodoform jest swoistym lekiem przeciw wrzodom miękkim i dymienicom pachwinowym, jadem wrzodu miękkiego wywołanym; jako lek, ogólnie w kile działający, nie dorównywa jodkowi potasu; przeciw nerwobólom kiłowym jest środkiem znakomitym; należy go wtedy podawać wewnętrznie. Na zmięknienie podstawy wrzodu twardego nie wpływa, tak samo nie ustępują pod nim kłykciny sączące; za to nadaje się do miejscowego leczenia kilaków wrzodziejących. Ostrego zatrucia jodoformem nie zauważył autor nigdy; bardzo często widział wysypki na skórze w postaci małych pęcherzyków lub rumienia po zastosowaniu jodoformu u osób, które go nie znosiły; za najlepszy środek odwaniający uważa dodatek 50% sproszkowanéj, palonéj kawy, która sama działa przeciwgnilnie a działania jodoformu nie zmniejsza. (*Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1887). *H. K.*

Choroby dzieci.

Denime: **O stosowaniu salolu w chorobach dzieci.**

D. podawał dzieciom salol w czterech przypadkach ostrego gośćca stawowego, w 2 przypadkach ostrego zapalenia wsierdzia i osierdzia, w 2 przypadkach nieżytu pęchérza i w 2 przypadkach oparzenia użył go jako środka opatrunkowego. Dwa przypadki ostrego gośćca stawowego dotyczyły chłopców 8 i 13 lat mających. Dopóki się utrzymywała gorączka, bolesność i obrzmienie stawów, podawał 3 do 4 gr. salolu dziennie, co godz. 1 gram. Skoro gorączka ustąpiła, zniżył dzienną dawkę na 2 gr., a po zupełném ustąpieniu choroby podawał jeszcze 1.0 dziennie. Nawrotów nie było, a trwanie choroby nie było długie (14 do 16 dni). W jednym przypadku ostrego gośćca stawowego w ciągu 24 godzin po podaniu 2.0 salolu gorączka spadła z 39·8 na 37·2 a po 48 godz. bolesność i obrzmienie zaczęły ustępować po użyciu 5.0 salolu. Nawrotu nie było. Jedna dziewczynka okazała wybitną idiosynkrazyję, salol czy w opłatku, czy w zawiesinie, połykała wprawdzie, ale każdym razem w 10—15 minut zwymiotowała. Gdy podano 2.0 salolu w zawiesinie z jajem *per clysma*, wystąpiła pokrzywka na całém ciele; gorączka, ból i obrzmienie utrzymywały się bez zmian daléj, tak że autor musiał przejść do salicylanu sodowego i antipyrynu. W przypadkach zapalenia wsierdzia i osierdzia na tle gośćca salol nie bardzo się okazał skutecznym, za to zadowolony był D. z leku tego w 2 przypadkach nieżytu pęcherza moczowego, z których jeden dotyczył chłopca z nieżytem pęcherza po zatruciu kantarydami. Już na drugi dzień po podaniu 1 5 do 2.5 salolu mocz, poprzednio alkaliczny, zaczął oddziaływać kwaśno, oddawanie moczu odbywało się bez boleści i obficiéj. Raz tylko wystąpiło ciemne zabarwienie moczu, jako znak wysycenia kwasem karbolowym. (*Wiener med. Blätter* 1887, 51). *H. K.*

Medycyna sądowa.

Prof. Socin: **Czy przepukliny powstające w skutek nadmiernych wysileń fizycznych stanowią „uszkodzenia ciała" w myśl nowéj ustawy o zabezpieczeniu robotników na wypadek uszkodzeń poniesionych wśród zajęć zawodowych?**

Od niedawna zaczyna obowiązywać u nas ustawa w tytule wymieniona. Stanowi ona dopiero jednę część całego systemu ustawodawczego, rozwiniętego już w najdrobniejszych szczegółach w państwach ościennych a zwłaszcza w Szwajcaryi. Ustawa ta obchodzi lekarzy nie tylko ze względów społecznych, w wykonaniu jéj bowiem niejednokrotnie orzeczenie lekarskie co do doniosłości poniesionych obrażeń będzie stanowiło akt, na którym całe dalsze postępowanie będzie oparte. W przeważnéj liczbie przypadków nie napotkają lekarze bez wątpienia trudności w ocenieniu obrażenia, że jednak zdarzyć się mogą przypadki, w których trzeba będzie zasięgnąć rady co najmniéj nowszych podręczników sądowo-lekarskich, to także wątpliwości nie ulega. Kwestyja wymieniona w tytule należy do takich, o których nawet najnowsze podręczniki nie pouczają należycie a wątpliwości nasuwające się w poszczególnych przypadkach będą może tak wielkie, iż przekroczą miarę wymagań stawianych w obec niespecyjalistów. Ta okoliczność niech nas usprawiedliwi, gdy ogłaszamy poniżéj wyjątki z listu otwartego, napisanego w téj sprawie przez prof. Socina w Bazylei do redaktora Tygodnika lekarskiego: *Correspondenzblatt für Schweizer Aerz e.*

Od najdawniejszych czasów, odkąd w ogóle zaczęto się zastanawiać naukowo nad kwestyją w mowie będącą, tłumaczono powstawanie przepuklin w trojaki sposób, przypuszczano mianowicie że: 1. tłocznia brzuszna wypiera jelita mechanicznie ku mniéj odpornym okolicom ścian brzusznych, które w skutek tego parcia wypuklają się wraz z otrzewną ścienną i tworzą tym sposobem worek przepuklinowy; 2. tłocznia brzuszna nie jest dostateczną do sprowadzenia przepukliny, lecz potrzeba jeszcze pewnego zwiotczenia w przyczepieniu trzew brzusznych lub wad w ich ułożeniu; 3. wypuklenie się otrzewny ściennej jest pierwotnem a działaniu tłoczni brzusznéj tak jak w drugim przypadku tylko drugorzędne znaczenie przypisać należy, a wypuklenie to może być justo wrodzoném, już też to powstaje w skutek wyciągania od zewnątrz, t. zw. pierwotne powstawanie worka przepuklinowego.

Każde z tych tłumaczeń obejmuje nieco prawdy lecz nie w zupełności, to téż każde z nich z osobna nie da się nagiąć do wszystkich przypadków. Tłumaczenie ostatnie najmocniéj przemawia do przekonania, gdy się ma na oku pow-

stawanie tak zwanych wrodzonych przepuklin pachwinowych. Ściśle rzecz biorąc, nie można najczęściéj nazywać tych przepuklin wrodzonemi — wrodzonym jest tylko worek przepuklinowy a otwarty wyrostek pochwowy otrzewny stanowi tylko predyspozycyję do powstania przepukliny'i w tym przypadku jest tłocznia brzuszna przyczyną powstania saméj przepukliny, gdy ona bowiem zaczyna być czynną, n p. wśród krzyku, kaszlu lub parcia na stolec, wstępują u dziecka trzewa do pierwotnie powstałego worka przepuklinowego. Tak się rzecz przedstawia u dzieci. Aby wyrozumieć powstawanie przepuklin pachwinowych u osób dorosłych, posługiwano się statystyką, która jednak nie zdołała rzucić światła na tę ciemną sprawę a badania anatomiczne Zuckerkandla, ogłoszone w latach ostatnich, zmuszają tego anatoma do twierdzenia, że nawet u osób dorosłych niezamknięty wyrostek pochwowy lub jego szczątki dają powód do powstawania przepuklin pachwinowych. Z. nie przypuszcza możliwości powstania przepukliny pachwinowéj zewnętrznéj w przypadku, w którym wyrostek pochwowy zarósł prawidłowo a otrzewna ścienna pokryła dokładnie miejsce pierwotnego otworu.

Według zapatrywań Rosera i Linharta, którzy są pierwszymi zwolennikami téj teoryi „o wyciąganiu" (*Zugtheorie*), mają i inne przepukliny powstawać w ten sam sposób Autorowie ci twierdzą, że guzy zaotrzewnowe, jak n. p. podsurowicze tłuszczaki, rosnąc, wyciągają otrzewnę lejkowato a zapatrywanie ich mają popierać spostrzeżenia, czynione w przypadkach przepuklin udowych, w których worek przepuklinowy otoczony jest obfitą tkanką tłuszczową, którą nawet za tłuszczak uważać można. Z drugiej strony nie chcą ci autorowie przypuścić, jakoby sama tłocznia brzuszna była dostateczną do wywołania przepukliny. Treść jamy brzusznemożna według ich zdania porównać z płynem, w którym jak wiadomo, parcie rozchodzi się w równéj mierze na wszystkie strony, dlatego téż trudno pojąć, dla czegoby to parcie miało się ograniczać do jednego miejsca, które ulegając, wypukla się i tworzy worek przepuklinowy. Nie trudno przekonać, że to zdanie R. i L. nie jest dostatecznie usprawiedliwione; najprzód bowiem nie znajduje się guzów tłuszczakowych obok worka przepuklinowego tak często, iżby ten rodzaj powstawania przypuścić można we wszystkich przypadkach, powtóre, takie nagromadzenie się tłuszczu, może bez wątpienia zwiększyć przesuwalność otrzewny, trudno jednak pojąć, zkąd odrobina tłuszczu miałaby nabyć tyle siły, iżby mogła otrzewnę lejkowato wyciągnąć. Po trzecie, treści jamy brzusznéj nie można porównywać z cieczą, do któréj można odnieść prawidła hydrostatyki bez zastrzeżeń. Z tego wszystkiego wynika, że teoryi o wyciąganiu brak dostatecznych podstaw i że trzeba się koniecznie uciec do tłoczni brzusznéj jako przyczyny powstawania przepuklin, a więc powrócić, przynajmniéj częściowo, do zapatrywania, które się utrzymywało wyłącznie do połowy zeszłego stulecia. Że i tutaj poczynić należy pewne ograniczenia, to wcale wątpliwości nie ulega.

(Dok. nast.)

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie I. (administracyjne) z dnia 11 Stycznia 1888 r.

Przewodniczący kol. P. Pieniążek. Członków obecnych 29.

1) Bez dyskusyi przyjęto do wiadomości sprawozdania: *a)* Komisyi balneologicznéj, odczytane przez kol. Kopernickiego; *b)* zdanie sprawy z czynności Tow. w roku 1887 przez kol. Kwaśnickiego jako sekretarza stałego; *c)* sprawozdanie podskarbiego kol. Zarewicza ze stanu funduszów Tow.; *d)* sprawozdanie ze stanu biblijoteki przez kol. Murdzieńskigo; *e)* sprawozdanie delegata do komisyi sanitarnéj krakowskiéj przez kol. Paszkowskiego; *f)* sprawozdanie kol. Gluzińskiego jako sekretarza komisyi przemysłowéj; *g)* Sprawozdania Administracyi Przeglądu Lekarskiego nie odczytano, gdyż odnośne rachunki wydawnictwa Przeglądu Lek nie są dotąd wykończone. *h)* Kol. Kopff zdaje sprawę z czynności komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha. Nad sprawozdaniem tém otwarto dyskusyję, w następstwie któréj na wniosek kol. Blumenstoka wybrano komisyję. składającą się na wniosek kol. Paszkowskiego z koll. Rydygiera. Blumenstoka i Domańskiego, którzy z przybraniem koll. Oettingera i Kopffa mają obmyślеć środki zaradcze. Równocześnie zaznaczono, że czynności téj komisyi nie powinny wywierać na razie wpływu na bieg spraw w pierwotnéj komisyi sprawozdawczéj, aby tym sposobem nie doznały zwłoki prace obecnie w toku będące.

2) Kol. Przewodniczący odczytawszy rezygnacyję kol. Korczyńkiego z godności członka komisyi redakcyjnéj, wnosi aby w miejsce ustępującego wybrano kol. Paszkowskiego, na co téż Towarzystwo jednogłośnie się zgadza.

3) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że sprawozdanie kol. Domańskiego wypracowane jako odpowiedź na zapytanie rady miasta Wadowic odsyła sam sprawozdawca na ręce burmistrza Wadowic. jak go do tego Towarzystwo upoważniło.

4) Kol. Korczyński zabiera głos w sprawie banku ratunkowego poznańskiego, i tłumaczy w jaki sposób członkowie Tow. Lek. mogliby wziąć udział w akcyi ratunkowéj. Sprawę tę jednak odroczono dla jéj ważności i z powodu braku znaczniejszéj liczby członków do posiedzenia następnego.

5) Kol. Korczyński okazuje wyroby przemysłu aptekarskiego.

6) Kol. Korczyński żąda jako przewodniczący Komisyi przemysłowéj upoważnienia dla téjże komisyi do przedsięwzięcia środków celem zwalczania leków tajnych. Odnośne wnioski przedłoży Komisyja na jedném z następnych posiedzeń Towarzystwa. *Sekretarz Dr. Schaitter.*

VII. W sprawie chirurgii dróg żółciowych.

Otrzymujemy list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

Kol. Zielewicz opisuje w Nrze 51 r. zeszł. przypadek: Otok pęcherza żółciowego. Cholecystotomija z podwiązaniem przewodu żółciowego (? ma być z pewnością przewodu pęcherzykowego, *ductus cysticus*). W końcu dodaje: „Czy według téj metody już kto przedemną operował, nie jest mi wiadomo, w każdym razie rzecz warta dalszych doświadczeń." Otóż, o ile znam literaturę tego przedmiotu, nie wykonał nikt przed Zielewiczem téj operacyi na człowieku. Proponował ją Campaignac już bardzo dawno (zob. *Journ. hebd.* t. II. 1829) i to w tym celu, żeby zapobiedz utworzeniu się stałéj przetoki żółciowéj. Bez wątpienia mógłby ten sposób operowania w zupełności zastąpić całkowite wycięcie pęcherzyka żółciowego, zalecane przez Langenbucha i jako mniéj niebezpieczna operacyja zasługiwałby na pierwszeństwo. Mam jednakowoż razem z innymi chirurgami pewne wątpliwości, czy nawet w tych przypadkach, które Langenbuch uważa za stosowne do swéj operacyi, a w których téż jedynie zachodzićby mogło pytanie, czy zastosować cholecystotomiję z podwiązaniem przewodu pęcherzykowego, należy używać jednego z tych sposobów, a nie lepiéj zastosować zwyczajną cholecystotomiję. Nie będę tu się rozwodził nad uzasadnieniem tego zdania, może wkrótce znajdę sposobność powrócenia do tego przedmiotu, tu tylko wspomnę, że, jakkolwiek rzadko, przecież

może się zdarzyć, że kamienie żółciowe znajdują się równocześnie i w pęcherzu żółciowym i w rozszerzonych przewodach żółciowych wątroby. Po podwiązaniu przewodu pęcherzykowego pozostałaby im, podobnie jak po całkowitém wycięciu pęcherzyka żółciowego, jedyna droga przewodem żółciowym wspólnym *(ductus choledochus)*. Gdyby przypadkiem następnie ten się zatkał, wtenczas już nie możnaby żadnym sposobem utorować odpływu żółci z wątroby, gdy przeciwnie po zwyczajnéj cystotomii pozostałby zawsze jeszcze odpływ swobodny przez przewód pęcherzykowy do pęcherzyka żółciowego, a ztamtąd na zewnątrz. Tą samą téż drogą mogłyby się wydzielić kamienie żółciowe na zewnątrz, jak to rzeczywiście miało miejsce w przypadku Parkera, który w czasie operacyi nie znalazł w pęcherzu żadnego kamienia, a tylko w rozszerzonych przewodach żółciowych wątroby znajdowało się kilka, które późniéj dopiero po założeniu przetoki żółciowéj spłynęły razem z wydzielającą się żółcią do otworzonego pęcherzyka żółciowego.

Kraków 4/I 1888. *Prof. Dr. Rydygier.*

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Zakład desinfekcyjny miejski w Krakowie.

(Dokończenie).

Całe postępowanie przy desinfekcyi jest następujące: Władza miejska a mianowicie jéj inżynier sanitarny, zawiadomiony o potrzebie desinfekcyi czyto przez lekarza ordynującego czy przez lekarza obwodowego czy nareszcie przez samą stronę, wysyła na miejsce wskazane desinfektora z wózkiem pomalowanym na bronzowo. Desinfektor ubrany w długą opończę płócienną i takąż czapkę mundurową, t. j. opatrzoną w herb miasta Krakowa, wchodzi do mieszkania, gdzie się znajdują przedmioty zakażone i pakuje je: mianowicie bieliznę, pościel, suknie, firanki itp. rzeczy używane przez chorych lub w ogólności mogące mieścić w sobie zarodki chorobowe (z wyjątkiem rzeczy skórzanych jako niszczejących w parze gorącej) w duże płótna, robiąc z nich tak zwane po krakowsku toboły, które po wierzchu kropi 5% kwasem karbolowym oczyszczonym i znosi do wymienionego wózka, stojącego na ulicy lub podworcu. Zabrawszy w ten sposób wszystko, czego potrzeba, obmywa sobie ręce kwasem karbolowym, zdejmuje opończę i czapkę, kropi je tak samo kwasem karbolowym i rzuca do wozu, z którym po zamknięciu go wiekiem udaje się do zakładu desinfekcyjnego, gdzie je oddaje w połowie bronzowo pomalowanej. Tu osobna służba otwiera przyrząd desinfekcyjny ze swéj strony, w téj chwili oczywiście z drugiéj strony zamknięty, przystawia doń wiadome rusztowanie żelazne i wysunąwszy wózek z komory desinfekcyjnéj napełnia go wymienionemi tobolami, nie otwierając ich i to tak, by toboły wisiały wolno na hakach a para mogła koło nich krążyć swobodnie. Po umieszczeniu rzeczy we wózku wsuwa go do wnętrza, zamyka przyrząd szczelnie i telefonuje służbie znajdującej się w drugiej połowie budynku, że przyrząd naładowany i zamknięty. Maszynista puszcza natychmiast parę do systemu rur żebrowatych a równocześnie otwiera klapę do komina i uchyla drzwiczek wentylacyjnych od dołu. Przez mocne ogrzanie rur żebrowatych ogrzewa się powietrze w komorze desinfekcyjnej do 35° C. a wraz z niemi i rzeczy w niéj umieszczone. Ponieważ powietrze ciepłe jako lżejsze unosi się do góry i uchodzi kominem na zewnątrz, przeto świeże zimne napływa ciągle od dołu. Tym sposobem rzeczy zakażone wystawione na ciągły ruch ogrzanego i stosunkowo suchego powietrza suszą się, co jest koniecznie potrzebne jako wstęp do właściwéj desinfekcyi, bo tkaniny roślinne i zwierzęce są higroskopijne, nadto rzeczy zakażone są bardzo często wilgotne; uczy zaś doświadczenie, że ciepło wnika bardzo trudno powoli w rzeczy wilgotne. Ta wentylacya rzeczy zakażonych trwa stosunkowo do wielkości i rodzaju przedmiotów zakażonych (np. poduszki pierzane najtrudniej otrzymują wewnątrz żądany stopień ciepła) od $^1/_2$ do $^3/_4$ godziny. Po upływie tego czasu zamyka maszynista klapę do komina i drzwiczki wentylacyjne od dołu a puszczając daléj parę przez rury żebrowate otwiera wentyl prowadzący do rur dziurkowatych, przez co para dostaje się do samejże komory desinfekcyjnéj i przenika dokładnie przedmioty zakażone. Skutkiem tego podnosi się ciągle temperatura we wnętrzu przyrządu desinfekcyjnego a w chwili, gdy dojdzie do 100° C., odzywa się dzwonek elektryczny skutkiem zamknięcia prądu galwanicznego przez przedłużony do odpowiedniego punktu słupek rtęci w termometrze powyżéj opisanym.

Od chwili odezwania się dzwonka elektrycznego a zatém od chwili, gdy w komorze desinfekcyjnéj nastała temperatura co najmniej 100° C., rachuje się właśnie desinfekcya czyli poddawanie rzeczy zakażonych temperaturze 100° C. pary gorącéj. Ten akt trwa znów według wielkości i rodzaju przedmiotów zakażonych od $^1/_2$ do całéj godziny, poczém zamyka się wentyl prowadzący parę z kotła do rur dziurkowatych a otwiera natomiast klapę do komina i uchyla drzwiczek wentylacyjnych od dołu. Tym sposobem następuje trzeci i ostatni akt desinfekcyi, t. j. suszenie rzeczy przedtém zakażonych a obecnie już desinfekcyjonowanych. Temperatura oczywiście w komorze desinfekcyjnéj natychmiast się obniża a dzwonek elektryczny przestaje dzwonić. Po $^1/_2$ godziny takiego suszenia wstrzymuje się zupełnie dostęp pary do rur żebrowatych, otwiera przyrząd desinfekcyjny od strony izby przeznaczonéj do wydawania rzeczy zakażonych i wysunąwszy wózek z komory desinfekcyjnéj, wyjmuje rzeczy z niego już zupełnie suche i do użytku natychmiast gotowe.



Fig. IV. Widok perspektywiczny otwartego przyrządu desinfekcyjnego od strony izby przeznaczonéj na rzeczy desinfekcyjonowane.

Próby z opisanym przyrządem desinfekcyjnym przez komisyję sanitarną zrobione przekonały, iż we wnętrzu przedmiotów poddanych do desinfekcyi dochodzi temperatura z łatwością do 110° C., co wszakże jest zbyteczne, bo wszystkie grzybki dotąd znane, jak już nadmieniliśmy, tracą swą żywotność w temperaturze 100° C. pary gorącéj, daléj

że rzeczy desinfekcyonowane, osobliwie należycie farbowane, nie ulegają żadnéj widocznie zmianie. Ponieważ wszakże zmiana w przedmiotach poddanych desinfekcyi zależy nie tylko od materyału, ale i od barwików, które im kolor nadają, przeto władza miejska w Krakowie (tak samo jak i w Berlinie) nie ręczy za zmianę barwy rzeczy desinfekcyjonowanych. Praktycznie wszakże rzecz ta nie ma żadnego znaczenia, ponieważ rzeczy najczęściéj desinfekcyi potrzebujące, jak pościel, bielizna i zwykle suknie, dywany i firanki nie ulegają skutkiem desinfekcyi żadnéj widocznéj zmianie.

Komisyja sanitarna krakowska orzekła, że desinfekcyja jest konieczną w następujących chorobach, jak: ospa, szkarlatyna, odra, róża, błonica, gorączka połogowa, nosacizna, tyfus brzuszny, osutkowy i powrotny, cholera azyjatycka, czerwonka, zapalenie nagminne opon mózgordzeniowych, ropnica, krztusiec, wąglik i wścieklizna. W suchotach płucnych zaleciła desinfekcyję za życia a uznała ją za obowiązkową w razie śmierci. Orzekła, że desinfekcyja jest pożądana w świerzbie, kile (czyli przymiocie) i zapaleniu oczu egipskiem.

Lubo praktyczne znaczenie rzeczywistéj desinfekcyi nie ulega dziś żadnéj wątpliwości, nie zaszkodzi nadmienić, że zbudowanie w Krakowie zakładu desinfekcyjnego, odpowiadającego wszelkim słusznym wymaganiom sanitarnym i ekonomicznym, wprowadzi dopiero w czyn zbawienne rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych i Rady szkolnéj krajowéj, dotyczące zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych. Tak np. Rada szkolna rozporządziła, że dzieci, które przebyły choroby zakaźne, dopiero po pewnym czasie, dla każdéj choroby osobno oznaczonym, mogą znów uczęszczać do szkoły. Otóż zakład desinfekcyjny zapobieży jeszcze skuteczniéj szerzeniu się chorób zakaźnych wśród dzieci szkolnych i zmniejszy z korzyścią dla nauki stratę czasu przez nieuczęszczanie do szkoły, jeżeli przeprowadzi się desinfekcyję w mieszkaniu dzieci chorobami zakaźnemi przedtém dotkniętemi, odzież ich i bieliznę podda desinfekcyi w miejskim zakładzie desinfekcyjnym, dzieci zaś same wykąpie. Toż samo powiedzieć trzeba o naszych szpitalach, które dotychczas wydawały rzeczy zakażone bądź chorym, którzy przebyli choroby zakaźne, bądź w razie śmierci pozostałym po nich krewnym. W téj mierze ścisłe wykonywanie trafnych rozporządzeń władz rządowych i autonomicznych zdoła niewątpliwie zmniejszyć w Krakowie chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych.

Środki tajne. Wzmocniona Rada lekarska Królestwa Bawarskiego (*verstärkter Obermedicinalausschuss*) obradowała 27 października 1887 r. nad sprawą sprzedaży środków tajnych. Rozbierano tę ważną sprawę na zasadzie opinij zasięgniętych co do przedłożenia rządowego od władz obwodowych, izb lekarskich i gremijów aptekarskich.

Na Isze pytanie: Czy i o ile dały się pod względem handlu środkami tajnemi czuć niedogodności i ujawniła się potrzeba zaradzenia? odpowiedziano bez rozpraw jednogłośnie twierdząco.

Nad pytaniem IIgiém, jakie środki należałoby podjąć do zwalczenia tych niedogodności? rozwinęły się rozprawy, głównie nad kwestyją ogólnego zakazu środków tajnych. Uznawszy ogólny zakaz za niedający się przeprowadzić, proponowano zakaz z jednéj strony wszelkiego zachwalania środków lekarskich, a z drugiéj wszelkiego zachwalania i ogłaszania środków tajnych. Zwrócono w czasie rozpraw uwagę na to, że dziś wiele środków tajnych nie jest więcéj tajnemi, bo fabrykanci podają ich skład do wiadomości. W końcu uchwalono: Z uwagi, że dzisiejsze okoliczności nie dozwalają na ogólny zakaz środków tajnych, wydaje się koniecznym jako najdzielniejszy środek zaradczy powszechny zakaz ogłaszania i zachwalania t. zw. środków tajnych, nawet w razie, gdy skład ich jest znanym.

Jako punkt IIIci uchwalono: Środki tajne wolno tylko po aptekach sprzedawać. Aby jednak tamę położyć rozkwitowi środków tajnych po aptekach, konieczną jest rzeczą wydanie niedwuznacznych postanowień, któreby sprzedaż środków tajnych po aptekach uregulowały i w odpowiednich granicach trzymały.

W szczególności należałoby aptekarzom zakazać wydawania w odręcznéj sprzedaży środków tajnych, które w swym składzie zawierają środki objęte tablicami B. i C. farmakopei niemieckiéj.

Zachodzi potrzeba postanowienia gwarantującego, że handel hurtowny środkami lekarskiemi będzie się odbywał jedynie w granicach dających się pogodzić z skoncentrowaniem w aptekach handlu środkami tajnemi.

Jako punkt IVty uchwalono: Zaleca się regularne urzędowe badania sprzedawanych środków tajnych, jak również ogłaszanie od czasu do czasu ich wyniku.

Nadto wyrażono życzenie: 1) aby wyrób środków tajnych w Niemczech opodatkowano, jak opodatkowanym jest wyrób piwa lub wódki, 2) aby środki tajne zagraniczne wysoko oclono.

Dr. Grabowski.

○ Śmiertelność w Wiedniu. Według świeżo ogłoszonych dat statystycznych śmiertelność znacznie się zmniejszyła w latach 1885 i 1886. W pierwszych latach bieżącego wieku śmiertelność dochodziła (w r. 1809) do 89·4 na 1000, przez poprawę stosunków zdrowotnych obniżyła się w r. 1885 do 28·2 a w r. 1886 do 27·2. Śmiertelność z chorób zakaźnych w skutek złéj wody i niedokładnéj kanalizacyi szczególnie obniżyła się po zaprowadzeniu wodociągów *(Hochquellenwasserleitung)* i zburzeniu starych budowli najniezdrowszych dzielnic miasta. W r. 1873 zmarło na dur 640 osób, gdy w r. 1886 zaledwie 61. W ciągu 7 lat poprzedzających zaprowadzenie wodociągów zmarło na czerwonkę 587, gdy w 7 latach po zaprowadzeniu wodociągów zaledwie 150 osób utraciło życie na tę chorobę. Z powodu, że dotąd nie zaprowadzono przymusu szczepienia, liczba przypadków ospy jest jeszcze bardzo wysoką. W r. 1885 doniesiono o 3092 przypadkach ospy, z których 778 zakończyło się śmiercią, a w r. 1886 o 794 przypadkach, z których śmiertelnie zakończyło się 181. Od r. 1886 istnieje obowiązkowe donoszenie o przypadkach ospianki, odry, róży i gorączki połogowéj.

IX. Wiadomości bieżące.

---

* **Kraków** d. 26 stycznia. Sejm zamknięty, czy odroczony — a sprawa kulparkowska nie jest załatwioną, — co zresztą było do przewidzenia, albowiem dochodzenie wymaga czasu. Czyniono nam zarzuty, żeśmy od razu nie zabierali głosu i według jednych nie stanęli stanowczo w obronie lekarzy zakładowych, a zdaniem drugich nie smagali i lekarzy i Wydziału krajowego. Ależ właśnie te rozmaite zapatrywania dowodzą najlepiéj, że nie pora jeszcze była rozpisywać się na sprawą, któréj się nie zna dokładnie. A przyznajemy, że sprawy jeszcze nie znamy dokładnie. Wszakże od dni kilku obiegają u nas pogłoski o wykryciu okropnych rzeczy w Kulparkowie, a dziś czytamy w telegraficzném sprawozdaniu z ostatniego posiedzenia Sejmowego, że w dyskusyi nad preliminarzem zakładu kulparkowskiego poseł Dr. Hoszard zapewniał, że Wydział krajowy bada jak najsumienniéj przyczyny złego, które atoli nie jest tak wielkiém, jak je przedstawiono, że śledztwo dyscyplinarne i karne jest w toku, że o śledztwie karném naturalnie, dopóki nie jest ukończone, szczegółów podawać nie wolno, że zaś w skutek śledztwa dyscyplinarnego suspendowano jednego funkcyjonaryjusza, że śledztwo to toczy się przeciw wszystkim lekarzom oddziału dla mężczyzn, a wykazało ono dotychczas, że powodem, iż o okaleczeniu śp. Dzieduszyckiego nie zawiadomiono Wydziału krajowego, było mylne zrozumienie obowiązującéj instrukcyi, — że w wielu przypadkach złamania żeber, o których była mowa w Sejmie, wina nie ciąży na służbie, bo z 50 wymienionych w Sejmie przypadków w 40 przeszło zaszło obrażenie poza zakładem lub samookaleczenie się, — że śledztwo wykazało, iż liczba dozorców jest za małą i że służba jest licho płatną. Rezultaty obu śledztw będą ogłoszone dziennikami, na razie zaś mowca tłumaczy Wydział krajowy, że

nie zaprowadził ulepszeń z tego powodu, iż ulepszenia wymagają znacznych nakładów, a komisyja budżetowa kreśli kwoty preliminowane.

Z tego wszystkiego dotychczas wiemy tylko tyle, że usunięto czy zawieszono w urzędowaniu jednego lekarza, w miejsce którego miano powołać zastępcę, a zresztą słyszymy, że Wydział ze śledztwa dowiedział się teraz dopiero, iż liczba dozorców jest za małą i że służba jest licho płatną. Na podstawie tych danych i teraz jeszcze sądu wypowiedzieć nie możemy, — na teraz wystarczyłoby to, co przed 10 laty o zakładzie kulparkowskim pisaliśmy w Przeglądzie Lek. (1878), a chętniebyśmy powtórzyli ten artykuł *paucissimis mutatis*, gdyby nie był tak obszerny i gdyby nie był pozostał głosem wołającego na puszczy. Ale co gorsza jeszcze: mądry Polak po szkodzie, powiada przysłowie, — cóż kiedy niestety i szkoda nas nie poucza. Otóż poseł Popiel zauważywszy słusznie, że należy głównie zastanowić się nad zreformowaniem służby a zarazem poczynić starania, ażeby była dobrze żywioną, ażeby więcéj niż dotychczas używała spoczynku, zwłaszcza w niedzielę i dni świąteczne, „w których powinnaby korzystać z praktyk religijnych, prowadzących do umoralnienia i uszlachetnienia“, uczynił nareszcie wniosek następujący: „Poleca się Wydziałowi krajowemu, ażeby jak najrychléj wszedł w rokowania z zakonami, poświęcającemi się pielęgnowaniu chorych, nie wykluczając także Siostr Miłosierdzia, i ażeby z jednym z tych zakonów zawarł układ co do objęcia nadzoru nad służbą na oddziale męskim w Kulparkowie. Na ten cel otwiera się Wydziałowi kredyt do wysokości 4000 zła.“. Rezolucyję tę Izba uchwaliła, zgodziła się więc niestety na środek ze wszystkich najmniéj odpowiedni, a na ten cel znajdą się pieniądze! Z wielkiéj chmury mały deszcz, a nie użyźniający wcale!

A mimo to wszystko uzbroić nam się wypada w cierpliwość i czekać rezultatu śledztwa. Wszakże o sprawie nie należycie jeszcze rozświeconéj już dosyć rozpisywały się dzienniki a wrogie nam pisma wiedeńskie już powtarzają złośliwie ubolewania nad nierządem, panującym w Zakładzie, pozostającym pod opieką autonomiczną, wytykając np. że jeden z głównych funkcyjonaryjuszów pełni obowiązki w stanie nietrzeźwym itd. Bądźmy sprawiedliwymi, nie sądźmy pospiesznie, dopóki nie mamy aktów, a wtedy, ale dopiero wtedy, wypowiedzmy zdanie swoje bez ogródki i bez względu na osoby, bo się rozchodzi o dobro kraju i społeczeństwa.

* Komisyja redakcyjna Przeglądu Lekarskiego ukonstytuowała się na rok bieżący. Wchodzą do niéj koll.: Buszek, Cybulski, Gluziński, Grabowski, Kopff, Kwaśnicki, Łazarski, Madurowicz, Mars, Obaliński, Oettinger, Paszkowski, Pieniążek, Rydel, Zarewicz i redaktor.

* Wydział lekarski na ostatniém posiedzeniu zamianował Dra Stanisława Momidłowskiego asystentem kliniki chorób dzieci na 2 lata począwszy od 1 lutego r. b.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie rozpocznie wkrótce druk nowego dzieła oryginalnego. Dzieło to napisane przez Dra Wiczkowskiego, b. asystenta chemii lekarskiéj w Uniw. Jagiell. a obecnie chemika szpitalnego i lekarza praktykującego we Lwowie, nosić będzie tytuł: Podręcznik do badania moczu. Oprócz wskazówek rozbioru jakościowego i ilościowego moczu uwzględnioną jest należycie semiotyka a całe dzieło zastósowane jest do potrzeb lekarza praktycznego.

* Zacny nasz kolega, radzca zdrowia Dr. Kaczorowski w Poznaniu, poniósł ciężką i niepowetowaną stratę przez śmierć żony, powszechnie poważanéj obywatelki.

* Izby lekarskie w Prusiech weszły już w życie. Prezesem Izby lekarskiéj brandenburskiéj wybrany tajny radzca lekarski Dr. Korte; w Poznańskiém wybrani zostali do Izby lekarskiéj radzca sanitarny Dr. Kaczorowski w Poznaniu, Dr. Niklewski z Jaroszyna, Dr. Warmiński z Bydgoszczy i Dr. Borkowski z Nakła, — w Prusiech wschodnich Dr. Surmiński w Łycku.

* Stan organizacyi służby zdrowia w gminach w poszczególnych krajach koronnych Austryi. Ustawę służby zdrowia w gminach mają już od r. 1873 Dalmacyja i Istryja, od r. 1884 Morawija. Karyntyja i Tyrol; projekt rządowy wniesiony w r. 1887 przyjęły Bukowina, Czechy, Kraina i Vorarlberg, odroczyły go: Austryja dolna, Ślązk i Styryja, natomiast projekt ten wcale przez Rząd nie został przedłożony sejmom w Galicyi, Gorycyi, Austryi górnéj i Salcburgu.

* Otrzymaliśmy tom VIII dzieła: *Index Catalogue*, wychodzącego staraniem urzędu wojskowo-lekarskiego Stanów Zjednoczonych Ameryki północnéj w Washingtonie. Tom ten zawiera na 1078 stronicach dwuszpaltowych in 4to maj. tytułów autorów 13,405, tomów 5307, broszur 13,205, książek osobnych 12,642, rozpraw z czasopism 24,174 od wyrazu Legier do Medicine (Naval) włącznie.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Będąc sprawozdawcą z dziedziny bakteryjologii i pasorzytnictwa dla *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde* do prac w języku polskim wychodzących, upraszam tych szan. pp. kolegów, którzy zechcą mieć szybko zreferowane prace, o nadsyłanie takowych pod moim adresem.

O. Bujwid.

Warszawa, Wilcza, 12.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Tajny radca prof. Senator ma zostać dyrektorem polikliniki uniwersyteckiéj, obok niego proponowani są przez Wydział proff. Ewald i Fränkel. — **Królewiec.** Na katedrę kliniki lekarskiéj ostatecznie Wydział przedstawił proff. Quinckego z Kielu, Strümpella z Lipska i Lichtheima z Berna. — **Bonn.** Prof. nadzw. Doutrelepont otrzymał charakter tajnego radcy lekarskiego. — **Wiedeń.** Celem proponowania kandydata na opróżnioną w skutek śmierci Langera katedrę anatomii opisowéj Wydział wyznaczył komisyję w skład któréj wchodzą: proff. Albert, Billroth, Brücke, Meynert, Toldt i dziekan Kundrat.

* **Nekrologija.** W Michigan w Ameryce północnéj umarł dziekan tamecznego Wydziału lek. Dr. Alonzo Palmer, profesor materyi lekarskiéj mając lat 72. — W Strasburgu umarł botanik i bakteryjolog Henryk Antoni de Bary (ur. w r. 1831 w Frankfurcie n./M., uzyskał stopień doktora med. w Berlinie, praktykował z początku w mieście rodzinném, w r. 1854 habilitował się jako docent botaniki w Tübindze, w r. 1855 powołany jako prof. botaniki do Fryburga, w r. 1867 do Hali a w r. 1872 do Strasburga, gdzie był pierwszym rektorem uniwersytetu).

We Lwowie umarł d. 21 bm. Dr. Bogusław de Berier Longchamps, jeden z najbardziéj poważanych obywateli lwowskich. Potomek rodziny francuskiéj, osiadłéj w Polsce w wieku 18ym urodził się we Lwowie w r. 1808, tamże ukończył pierwsze szkoły, na medycynę zaś uczęszczał w Pradze. W r. 1830 walczył jako żołnierz, poczém w r. 1836 uzyskawszy w Pradze dyplom doktora osiadł jako lekarz praktyczny w Sanockiém. Od r. 1846—1848 więzień polityczny, późniéj osiadł we Lwowie, gdzie pełnił obowiązki lekarza miejskiego i ordynaryjusza w szpitalu Siostr Miłosierdzia. Cześć pamięci zacnego lekarza i obywatela!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Hewelkego: Przypadek niedrożności przewodu kiszkowego; Pawińskiego: O działaniu siarczanu sparteiny (dok.). — W *Medycynie* Nr. 3: Majkowskiego: Pokrzywka barwnikowa. — W *Zdrowiu* Nr. 28: Merunowicza: Epidemija dysenteryi w Galicyi w ostatnich latach według dat urzędowych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Wł. BIEGAŃSKI: Moczopędne działanie przetworów rtęci (Odbitka z *Gazety Lek.* 1887), in 8vo str. 30.

Dr. H. PACANOWSKI: O badaniu i rozpoznawaniu chorób żołądka (Odbitka z *Kroniki Lek.*), Warszawa 1888, in 8vo str. 34.

Neunter Bericht der Augen-Heilanstalt für den Regierungsbezirk Aachen. Aachen 1888, in 8vo str. 12.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Drowie L. i R. we Lwowie: Umieścimy już w Nrze 5ym. — **Dr. S. w Kołomyi, Dr. B. w Częstochowie:** Otrzymaliśmy i umieścimy.

Dla prenumerujących dodatek dołącza się: Dodatek Nr. II.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.